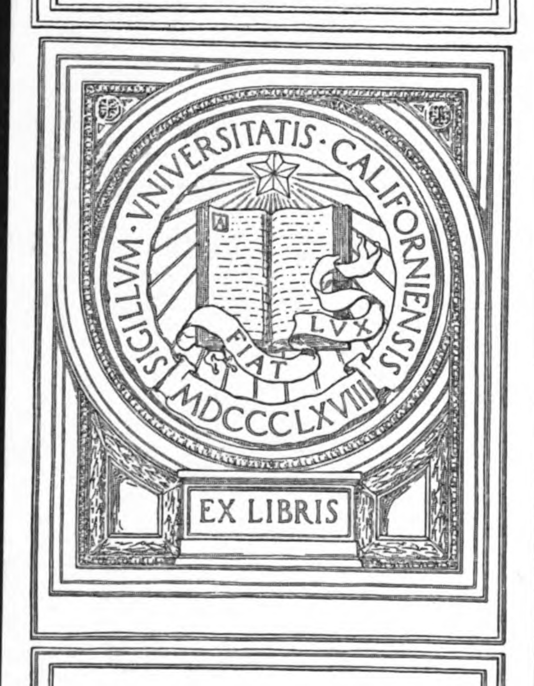
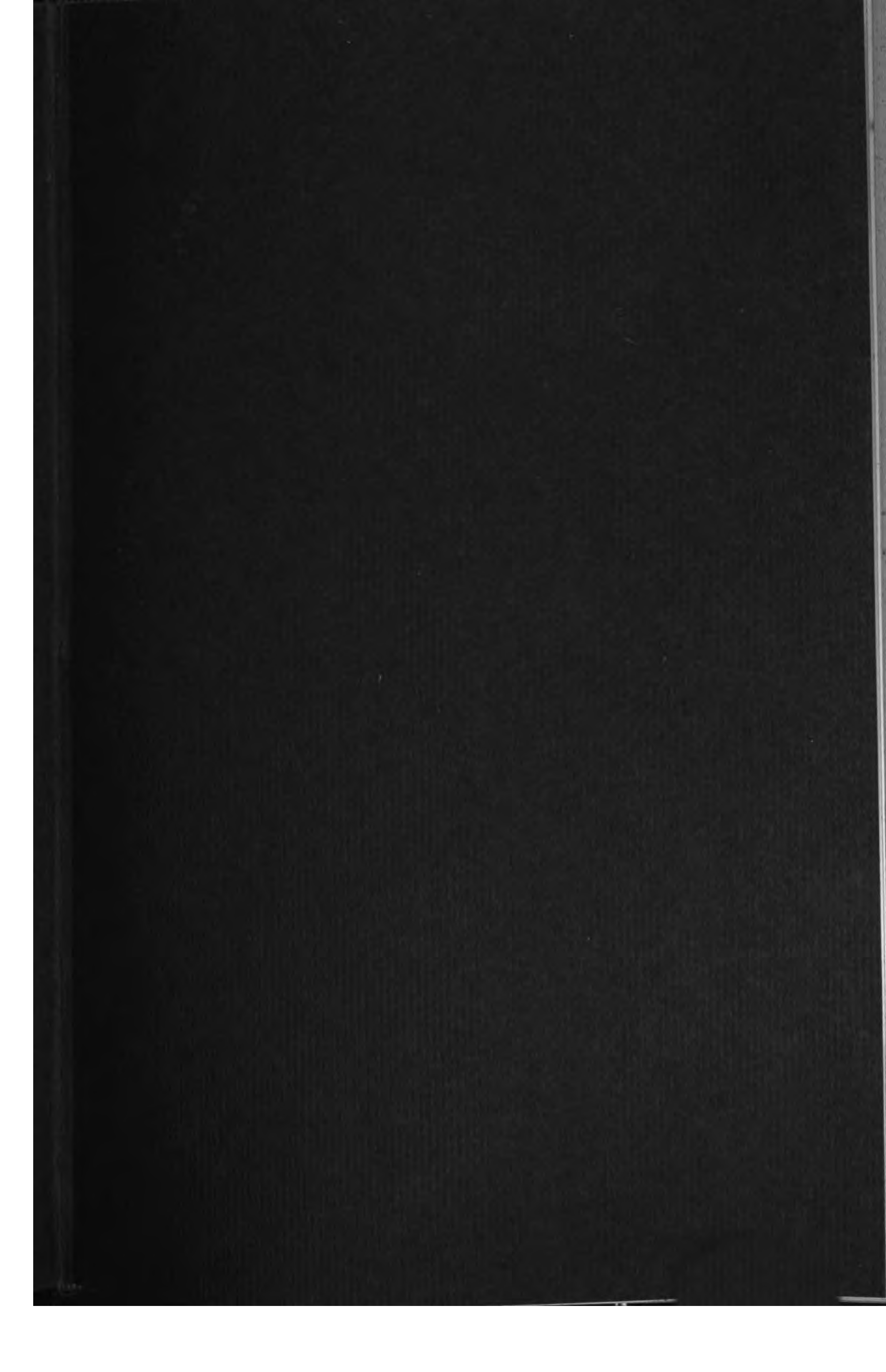
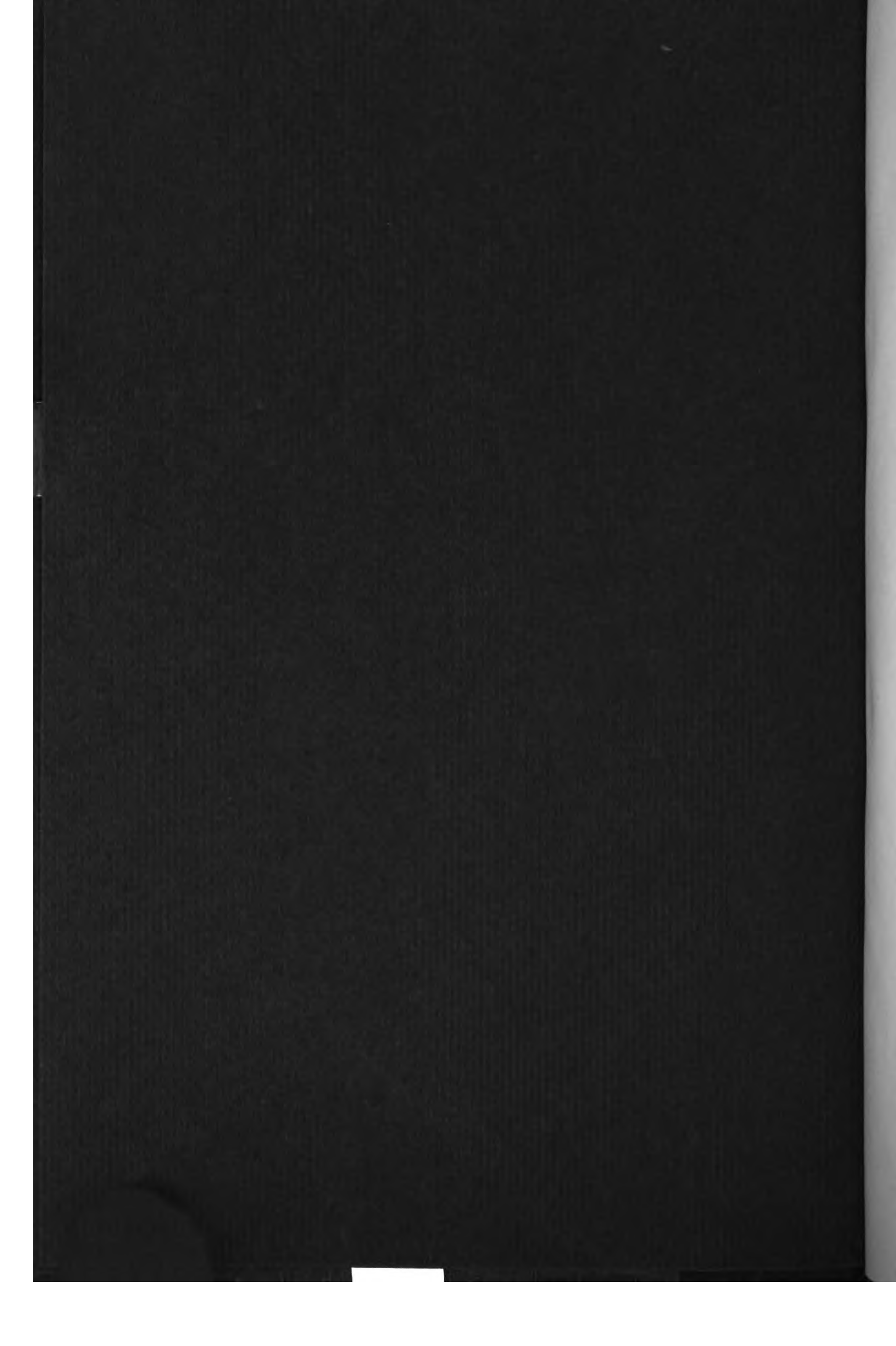
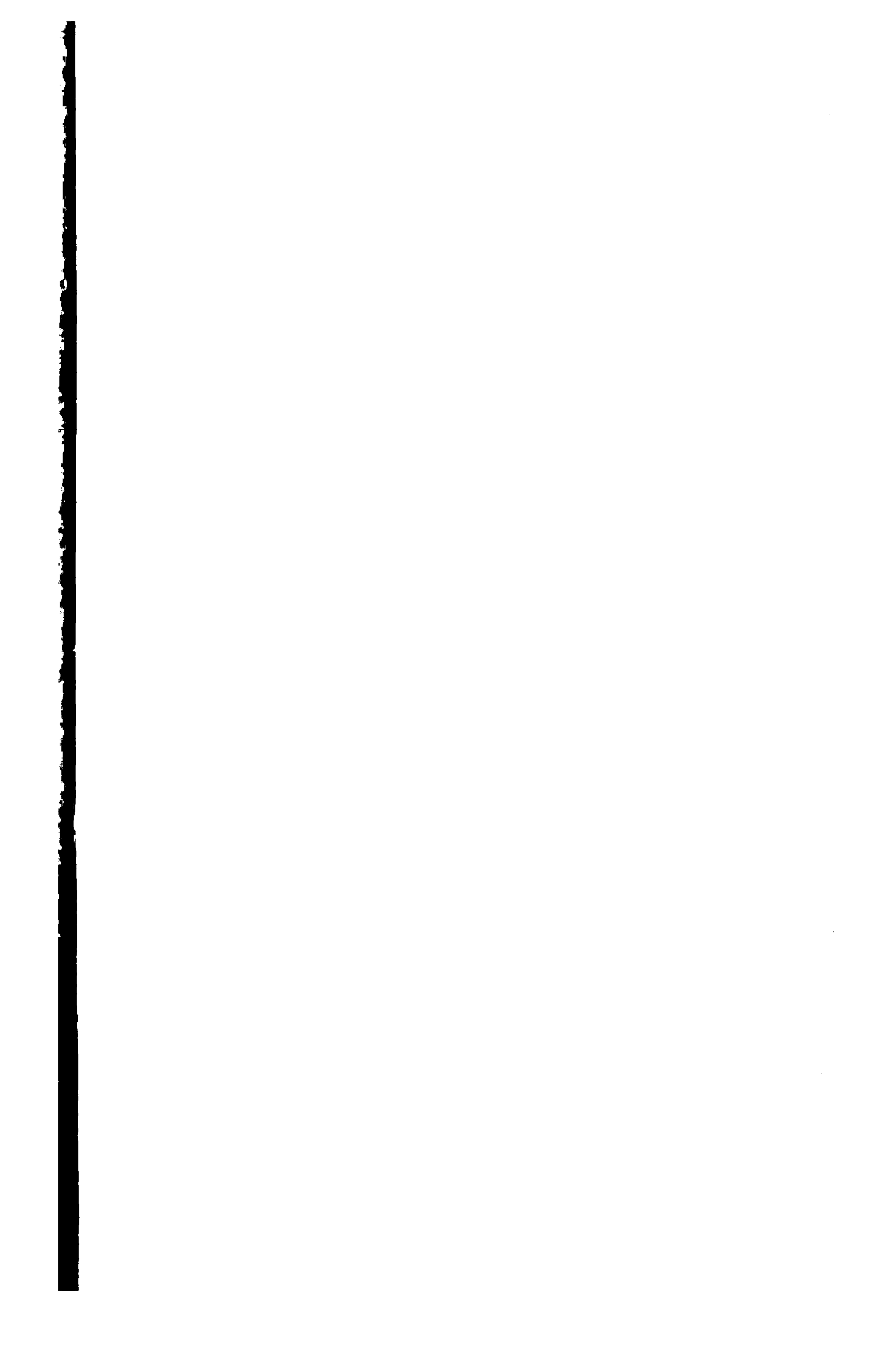



SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS







Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete

Herausgegeben von

O. Beuttner Genf · **A. Döderlein** München · **Ph. Jung** Göttingen · **B. Krönig** Freiburg · **C. Menge** Heidelberg · **O. Pankow** Düsseldorf

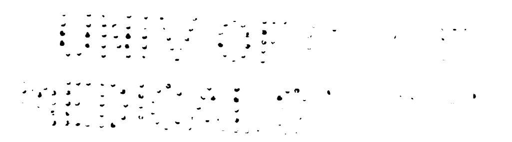
E. Wertheim Wien · **W. Zangemeister** Marburg

Redigiert von

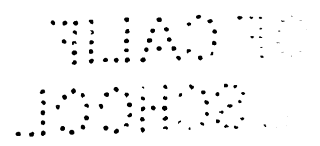
E. Runge-Berlin und **W. Zangemeister**-Marburg

Dritter Band





Berlin
Verlag von Julius Springer
1913



Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis.

Allgemeines.

Gynaekologie.

Geburtshilfe.

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
Band III, Heft 1 sowie deren Grenzgebiete. S. 1—32

Referate.

Allgemeines.

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Dostal, H., und Fritz Ender: Zur Differenzierung säurefester Bakterien. (Kaltblüter-Tuberkelbacillus.) (*Pathol.-anat. Inst., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 27, S. 1121—1122. 1913.

Nach früheren Versuchen Dostals sollen sich Warmblüter-Tuberkelbacillen nach Aufschwemmung in Kochsalzlösung in einigen Tagen in nicht säurefeste, grampositive Granula und kokkenähnliche Gebilde umwandeln. Die Verff. haben die gleiche Erscheinung jetzt bei Kaltblüter-Tuberkelbacillen beobachtet. *Schürer* (Frankfurt a. M.).[M]

Wolter, B. A.: Diagnose der Krebserkrankungen nach Abderhalden. (*Inst. f. exp. Med., S. Petersburg.*) Russkji Wratsch Jg. **12**, Nr. 32, S. 1120—1122. 1913. (Russisch.)

Untersuchung von 32 Sera. 17 Sera von Krebskranken, 6 von Gesunden und 9 von anderen Kranken. Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, gaben 2 Sera Krebskranker eine positive Reaktion ohne Zusatz von Krebsgewebe. Alle anderen 15 Sera Krebskranker gaben mit Krebsgewebe eine positive Reaktion. Von 6 dieser Sera, die zugleich auch mit Placentareiweiß versetzt wurden, gaben 5 auch mit diesem positive Reaktion. Von 15 Sera nicht Krebskranker gab nur eins mit dem Krebsgewebe eine positive Reaktion. Bei den Nichtkrebskranken war eine positive Reaktion mit Placenta in allen 3 untersuchten Fällen (1 Serum von einem gesunden Manne, 1 Serum von einer Extrauteringravidität, 1 Serum von einer Frau mit luetischer Oesophagusstrictur, bei der scheinbar vorher ein Abort stattgefunden hat). Daß das Serum Krebskranker oft auch mit Placenta eine positive Reaktion gibt, sei wohl auf eine bestimmte biologische Ähnlichkeit zwischen den epithelialen Elementen des Krebses und des Chorions zurückzuführen. *Braude* (Berlin).

Glintschikoff, W. J.: Über die Leukocytenveränderungen bei Kaninchen unter dem Einfluß verschieden virulenter Staphylokokkenkulturen. (*Milit.-med. Akad. St. Petersburg.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **212**, H. 3, S. 461 bis 475. 1913.

Verf. fand nach intravenösen Injektionen von verschiedenen starken Staphylokokkenkulturen bei Kaninchen dieselben Verhältnisse, wie Tschistowitsch sie früher für Pneumokokken gefunden hatte. Schwach virulente Kulturen bewirken zuerst eine Abnahme der weißen Blutelemente mit folgender beträchtlicher Leukocytose. Stark virulente Kulturen rufen eine sehr starke Abnahme der Leukocyten hervor, die ihr Maximum sofort nach der Bakterieninjektion erreicht und bis zum Tode anhält. Verf. gibt Tabellen, die über die Verhältniszahlen der einzelnen Leukocytenarten nach der Injektion Auskunft geben. *Kleinschmidt* (Leipzig).[CH]

Ward, George Gray: The relation of the internal secretions to the female generative organs. (Die Wechselbeziehungen zwischen innerer Sekretion und weiblichen Geschlechtsorganen.) (Clin. soc. of the New York post-graduate med. school a. hosp., meet., 18. IV. 1913.) Post-graduate Bd. **28**, Nr. 7, S. 644 bis 654. 1913.

Es bestehen zweifellos Beziehungen zwischen dem Ovarium und den anderen Drüsen ohne Ausführungsgang (Schilddrüse, Hypophyse, Nebenniere). Dem Synergismus des Ovariums und der Thyreoidea stehen als Antagonisten Hypophyse und Nebenniere gegenüber. Eine schlechte Ovarienfunktion ist häufig die Folge einer Insuffizienz des Kalkstoffwechsels und wird durch große Gaben von Calcium lacticum gebessert. Die Organotherapie mit Eierstocksubstanzen hat häufig versagt, dagegen werden gute Erfahrungen mit Schilddrüsenextrakten bei Schwangerschaftstoxikosen usw. berichtet. *Gräfenberg* (Berlin).

Wassing, Hans: Zur Frage der „Ausführwege der Hypophyse". (*K. k. Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 31, S. 1270—1271. 1913.

Nachprüfung der von Cushing und Goetsch angestellten Versuche, die den Nachweis des Hypophysensekretes im Ventrikel- bzw. Lumbalpunktat sich zur Aufgabe stellten. Während die Versuche dieser Autoren für die Anwesenheit von Stoffen im Liquor cerebrospinalis sprachen, die im Tierexperiment dieselben Wirkungen hervorbringen, wie Extrakte aus der Pars intermedia der Hypophyse, kam Wassing zu völlig negativen Resultaten. Weder mittels des Laewen-Trendelenburgschen Froschpräparates, noch mittels des Meerschweinchenuteruspräparates gelang ihm der Nachweis aktiver Pars-intermedia-Substanz im Liquor cerebrospinalis des Kaninchens. Auch der Liquor thyreoidektomierter Kaninchen und einer ein Jahr vorher thyreoidektomierten kachektischen Ziege war frei von solchen der Hypophyse entstammenden Substanzen. Trotz dieser Resultate wird die Möglichkeit zugegeben, daß beim Menschen, und zwar vielleicht bei Krankheiten, die mit gesteigerter Sekretion der Hypophyse einhergehen, das aktive Prinzip der Pars intermedia im Ventrikel- oder Lumbalpunktat nachweisbar sein könne. *Borchardt* (Königsberg).[M]

Allgemeine Diagnostik:

Bürker, K.: Zur Technik feinerer Erythrocytenzählungen. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **153, H.** 1—4, S. 128—136. 1913.

Bürker empfiehlt Zählungen mit der von ihm angegebenen Kammer, betont die Wichtigkeit guter Reinigung mit Äther-Alkohol. Die Abgrenzung der Zählräume durch eine Okularblende wird nicht befürwortet. Die Abgrenzung der Zählfläche kann wie durch ein in diese eingeritztes Netz, ebensogut auch durch das Hayem-Nachetsche Verfahren, d. h. die Anwendung eines von unten auf die Zählfläche projizierten Netzes mit fester Einstellung der optischen Einrichtung, geschehen. Als beste Netzeinteilung befürwortet B. ein 9 qmm umfassendes Zählnetz, in dem die kleinen zu zählenden Quadrate durch Rechtecke voneinander getrennt sind. Für sehr wenig oder sehr große Erythrocyten wird ein Deckglas mit Einschliff von 0,1 mm Höhe empfohlen, das die Kammerhöhe auf 0,2 mm Höhe zu variieren gestattet. Bei der Auszählung gelten im allgemeinen die Thomaschen Regeln.

Die im Hochgebirge mehrfach beobachtete Mikrocytose ist nach B. ein Kunstprodukt der Fixierung und Verdünnung mit Hayemscher Flüssigkeit. *Ziegler.*[M]

Allgemeine Therapie:

Hüffell, Adolf: Die Röntgenbehandlung der Uterusmyome. Fortschr. d. Med. Jg. **31,** Nr. 33, S. 897—910. 1913.

Ausführliches kritisches Übersichtsreferat.

Walkhoff: Die erste biologische Radiumwirkung. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 36, S. 2000—2001. 1913.

Triboulet, H.: La médication par l'argent colloidal. (Collargol, électrargol, argosol.) Après dix années dans la pratique médicale. (Die Behandlung mit Argentum colloidale. (Collargol, Electrargol, Argosol.) Nach 10jähriger ärztlicher Praxis.) Journal de méd. et de chirurg. Montréal, Canada Jg. **8,** Nr. 8, S. 281—289. 1913.

Limnell, Axel, R.: Semina Cucurbitae maximae, ein beachtenswertes Anthelminthicum. Finska Läkaresallck. Handb. Bd. **55,** H. 8, S. 232—241. 1913. (Schwed.).

Verf. berichtet über 20 erfolgreich mit Kürbiskernen behandelte Bandwurmfälle. Die Kur war folgende: am vorhergehenden Tage ein leichtes Mittagessen; nachmittags 1 Glas Bitterwasser. Am folgenden Morgen nimmt der Patient auf nüchternen Magen 140—200 geschälte Kürbiskerne (Semina Cucurbitae maximae), d. h. er kaut sie entweder direkt oder genießt sie zermahlen und mit Milch und Zucker zu Mus gemischt. 2 Stunden darauf ein Glas Bitterwasser und nach weiteren 2 Stunden, falls kein Wurm abgegangen ist, ein gewöhnliches Wasserklystier. Die Bandwurmkur war stets erfolgreich, mit Ausnahme eines Falles, wo nur 70 Kerne genommen wurden; eine spätere Kur mit 200 Kernen ergab ein gutes Resultat. Die Kur hat niemals Übelkeit oder Schwäche verursacht, obwohl viele der Patienten sehr kränklich und schwach waren.

In einem Fall wurden mit dem Bandwurm 2 Ascariden, einmal Taenia mediocanellata entfernt; bei den meisten übrigen Kuren handelte es sich um Botriocephalus latus. Einen besonderen Vorteil bietet die Wohlfeilheit der Kur. Die Patentmittel „Antitaenin" und „Bandwurmmittel Jungclaussen" sind teure Präparate. — Verf. empfiehlt die Kürbiskur namentlich für alte und kränkliche Personen, welche nicht die kräftigeren Bandwurmmittel brauchen können, ohne Komplikationen zu riskieren. Wegen ihres billigen Preises paßt die Kürbiskur auch ausgezeichnet für weniger bemittelte Patienten. *Björkenheim* (Helsingfors).

Lazarus, Paul: Dauerernährung mittels der Duodenalsonde. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 30, S. 1391—1393. 1913.

Die Schwierigkeit und Unzulänglichkeit, welche allen Arten extrastomachaler Ernährung (rectal und subcutan) anhaften, veranlaßten den Verf. zu Versuchen mit Duodenalernährung. Diese Methode bringt die Nahrung direkt an die Hauptstätte der Resorption und ist völlig unabhängig von dem Zustande des Magens und dem subjektiven Verhalten des Patienten.

Die Duodenalsonde — das neue Modell des Verf. besteht aus Duritgummi mit bleiarmierter Spitze und zwei großen seitlichen Fenstern — wird 50 cm tief eingeführt und dann durch Nachtrinken von Wasser in rechter Seitenlage weitere 20 cm tief in die Pars pylorica gefördert. Nach 1—2 Stunden hat die Magenperistaltik das Sondenende ins Duodenum gebracht, wovon man sich durch Aspiration überzeugen kann. Die Sonde bleibt den ganzen Tag liegen, und es wird die Nährflüssigkeit (1 l Sahne, $^6/_{10}$ l Vollmilch, 50 g Butter, 60 g Milchzucker und 5 Eigelb oder 1 l Sahne, $^1/_2$ l Vollmilch, 50 g Tropon, 4 Eigelb, 30 g Sesamöl, 30 g Reismehl, 60 g Milchzucker, 10 g Kochsalz oder andere zweckmäßige Kombinationen) in kleinen Portionen in 1—2stündigen Intervallen infundiert.

Diese Behandlungsmethode ist in allen Fällen konsumierender Erkrankung, bei denen die Magenernährung nicht oder nicht ausreichend durchführbar ist, z. B. kachektische Zustände, Magenkrankheiten, unstillbares Erbrechen bei Gravidität und Nervenkrankheiten usw. indiziert. Der Verf. hat in einem Fall von hysterischem Erbrechen, bei dem jede andere Therapie versagte, in 70 Tagen eine Gewichtszunahme von 28 Pfund erzielt. *Pringsheim.*[M]

Allgemeine Chirurgie:

Konrich: Untersuchungen über Quecksilberoxycyanid. *Med. Untersuch.-Amt, Kaiser-Wilhelms-Akademie.*) Dtsch. militärärztl. Zeitschr. Jg. **42**, H. 17, S. 654 bis 657. 1913.

Nannini, G.: La disinfezione delle mani del chirurgo. L'uso dell'ipocloriti di calcio e carbonato di soda. Nota riassuntiva e dimostrazione del metodo. (Die Händedesinfektion des Chirurgen. Der Gebrauch von Calciumhypochlorid und Natriumcarbonat. Technik der Methode.) (*Osp. civ., Carpi.*) Morgagni P. 1, Jg. **55**, Nr. 7, S. 258—270. 1913.

In einer Serie von 1000 aseptischen Operationen, hat Verf. folgende Händedesinfektionsmethode angewandt, welche praktisch und bakteriologisch eine fast absolute Keimfreiheit der Hände gewährt. Zwischen die Hände nimmt man 25 g von $CaClO_2$ und ebensoviel Natriumcarbonat, die Mischung wird mit ein wenig Wasser teigig gemacht und die Hände während 5 Minuten mit dem Teig abgerieben. Nach Spülung mit kaltem Wasser werden die Hände während 20 Minuten mit Seife und warmem Wasser abgerieben und gebürstet. Dann folgt ein Bad in einer 1‰ Lösung von Kaliumpermanganat, die braune Farbe verschwindet durch Immersion der Hände in einer 5‰ Lösung von Oxalsäure, nachher kommt ein kurzes Bad in einer $^1/_2$‰ Sublimatlösung. *Monnier* (Zürich).[CH]

Brüning, Aug.: Einfacher Handschutz bei eitrigen Operationen. (*Chirurg. Univ.-Poliklin., Gießen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 31, S. 1716. 1913.

Brüning empfiehlt bei eitrigen Operationen Verbandwechsel eitriger Wunden und besonders bei poliklinischer Tätigkeit zum Schutz der Hände gegen die Infektion, die Hände nach dem Waschen in fließendem, heißem Wasser und 80 proz. Alkohol mit 3 proz. Borvaseline einzureiben. Die angestellten Versuche haben ergeben, daß nach Abwaschen der Hände mit heißem Wasser und Seife ohne Anwendung einer Bürste diese frei von Eitererregern waren, die während der Operation an sie gekommen waren. *Creite* (Göttingen).[CH]

Cunéo, B., et P. Rolland: Stérilisation des instruments par la vapeur d'eau sous pression, en milieu alcalin gazeux. (Sterilisation der Instrumente durch Wasserdampfentwicklung unter Druck in Ammoniakdämpfen.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 25, S. 1057—1061. 1913.

Die Verff. berichten über Versuche mit einem neuen Modell des Sterilisators Sorel-Adnet füs die Sterilisation von Instrumenten, dessen Bauart genau beschrieben wird (Abbildung). Es handelt sich um einen Autoklaven, der auf 130° eingestellt ist. Dem zur Dampfentwicklung bestimmten Wasser ist Ammoniak zugesetzt. Nachdem die Wasser- und Ammoniakdämpfe 25 Minuten lang eingewirkt haben, werden die Dämpfe entfernt und die Instrumente bei 125—130° während 25 Minuten getrocknet. Vorbedingung ist, daß Behälter und Instrumente vernickelt oder aus poliertem Stahl hergestellt sind, daß sie ferner vollkommen sauber und nicht eingefettet sind. Unter diesen Bedingungen waren die Ergebnisse günstige, sowohl für die Sterilität wie auch für die Schonung der Instrumente. Die Nadelspitzen und Messerschneiden sollen nicht leiden. *M. v. Brunn* (Bochum).CH

Oberst, A.: Die Anwendung der lokalen Anästhesie in der ärztlichen Praxis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 17, S. 513—519. 1913.

Jackson, John B.: Some observations on anesthesia. (Einige Beobachtungen bei Anaesthesie.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12**, Nr. 9, S. 461—464. 1913.

Brunn, M. v.: Grundlagen der Indikationsstellung für die Allgemeinnarkose bei gleichzeitig bestehenden inneren Erkrankungen. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **17**, Nr. 1/3, S. 77—114. 1913.

Kritisches Sammelreferat.

Sprengel, Die Wahl des Narkoticums bei Operationen wegen akut entzündlicher Prozesse in der Bauchhöhle. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101**, H. 4, S. 1043 bis 1060. 1913.

In der vorliegenden Mitteilung, die für den Praktiker großes Interesse bietet und daher etwas ausführlicher referiert werden soll, weist Sprengel erneut auf ein Krankheitsbild hin, das bereits vor ihm von Reichel (1900) als Appendicitis und Ikterus, dann von Amberger (1909) als akute gelbe Leberatrophie nach eitrigen Erkrankungen der Bauchhöhle beschrieben wurde. Die Symptome werden übereinstimmend von den genannten Autoren wie folgt geschildert: Bald nach dem Eingriff gehen die schweren Erscheinungen, die ihn veranlaßt haben, zurück. Schmerz und Fieber fallen ab, der Puls sinkt auf oder selbst unter die Norm. Nach 36—48 Stunden wird ein leichter Ikterus bemerkbar, zu dem sich schnell Zeichen allgemeiner Erkrankung, Unruhe, Unklarheit, Benommenheit, Schlafsucht — gesellen. In den schlecht verlaufenden Fällen kann sich die Unruhe zu wirklichen Delirien steigern, die Kranken werden tief komatös und gehen nach Ablauf weniger Tage zugrunde. Charakteristisch und für die Diagnose der Krankheit wichtig ist der Umstand, daß das Peritoneum dauernd frei bleibt. Das Verhalten des Pulses ist nicht konstant: neben normaler Frequenz bis kurz vor dem Tode wurde auch Anstieg des Pulses auf 130 und mehr beobachtet. Bei der Sektion findet sich das Peritoneum intakt oder in ganz umschriebener Weise verändert, daneben als auffallendste Störung schwere Veränderung der Leber im Sinne der akuten gelben Atrophie. Gewisse degenerative Erscheinungen in anderen Organen — Nieren, Herz — auch kleine Blutaustritte in den serösen Häuten kommen daneben vor, treten aber im pathologischen Bilde zurück. Sprengel ist nicht der Ansicht der zuerst genannten Autoren, daß es sich bei dieser Komplikation um eine Verallgemeinerung des ursprünglich lokalisierten septischen Prozesses durch die Operation handelt, da er sie auch nach 2 Fällen von zeitiger Frühoperation bei völlig intaktem Peritoneum beobachten konnte. Er erblickt vielmehr in dem zur Narkose verwandten Chloroform die ausschließliche Ursache. Er stützt sich bei dieser Annahme auf Arbeiten von Sippel (Archiv f. Gynaekol. Bd. 88), Stierlin (Grenzgeb. Bd. 23), Muskens, Bock, Opie und Hildebrandt (Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 10), welche gleichfalls die oben geschilderten Erscheinungen als eine toxische Spätwirkung des Chloroforms aufgefaßt haben. Sprengel hat daraus die Konsequenz gezogen

und das Chloroform bei allen eitrigen Erkrankungen der Bauchhöhle durch Äther ersetzt. Er hat seitdem in einem Jahre (Okt. 1911 bis Okt. 1912) bei 186 Anfallsoperationen wegen Appendicitis jene Komplikation nicht mehr erlebt, während er sie in den beiden vorangehenden Jahren bei 269 gleichartigen mit Chloroform narkotisierten Fällen 10 mal (darunter 7 mal tödlich endigend) auftreten sah. Unter dem Eindruck dieser Tatsachen, bei der großen Gefahr dieser völlig unberechenbaren, selbst durch gute Narkosetechnik nicht zu vermeidenden Komplikation, macht Sprengel den sehr beachtenswerten Vorschlag, mit der Anwendung des Chloroforms vollständig zu brechen. Am Schluß folgen kurz die Krankengeschichten der 10 beobachteten Fälle, von denen 7 starben, 3 in Heilung ausgingen. *Tiegel* (Dortmund).CH

Tenani, Ottorino: Della rachianalgesia lombare ottenuta per mezzo della novocaina. (Über die Lumbalanästhesie mit Novocain.) Riv. veneta di scienze med. Bd. **58**, Nr. 10, S. 455—462. 1913.

Verf. berichtet über 550 Lumbalanästhesien, in welchen Novocain verwandt wurde. Zur Punktion wurde der Raum zwischen 2. und 3. Lendenwirbel gewählt und die Novocainlösung (zugeschmolzene Röhrchen von Meister, Lucius & Brüning) eingespritzt, nachdem etwas Spinalflüssigkeit abgeflossen war. Die hohe Jonnescosche Punktion wird verworfen. In 530 Fällen = 96,3% war die Wirkung vollkommen, in 13 = 2,3% unvollkommen, in 7 = 1,4% negativ. Kopfschmerz, der 4 Tage anhielt, wurde nur einmal, Erbrechen nur in 2%, Urinverhaltung nur sehr selten beobachtet, Todesfälle kamen nicht vor. Die Lumbalanästhesie mit Novocain wurde auch bei Kindern unter 10 Jahren, so auch z. B. bei einem 5 jährigen Knaben angewandt, ohne daß sich üble Erscheinungen zeigten. Verf. hält das Novocain für das beste Mittel zur Lumbalanästhesie. *Herhold* (Hannover).CH

Bardet, G., Les accidents de l'anesthésie au chlorure d'éthyle. (Zufälle bei der Chloräthylnarkose.) (Soc. de thérapeut., séance du 14. V. 1913.) Bull. gén. de thérapeut. Bd. **165**, Nr. 21, S. 836—843. 1913.

Verf. bespricht kurz zwei von Leriche mitgeteilte Todesfälle, bei denen nach kleinen Eingriffen einige Minuten nach Rückkehr des Bewußtseins die Kranken plötzlich rasch unter dem Eintreten einer starken Cyanose zugrunde gingen. Er empfiehlt eine von ihm benutzte Mischung von Chloräthyl, Chlormethyl und Bromäthyl im Verhältnis von 60 : 35 : 5, und bespricht die ausgezeichnete Methode Touchards, bei der ein mit Chloräthyl getränktes Gazestück wie ein Tampon zur Aufsaugung von Speichel neben den zu extrahierenden Zahn gelegt wird, und der Patient aufgefordert wird, rasch und tief zu atmen. *Kulenkampff.*CH

Boehme, Hermann: Technique of venous infusion. (Technik der venösen Infusion.) Urol. a. cutan. rev. Techn. suppl. Bd. **1**, Nr. 2, S. 206—209. 1913.

Um zu vermeiden, daß bei Infusion in die Vene Blut durch die Nadel über die Finger des Arztes oder den Arm des Pat. fließt, hat Verf. einen Ansatz konstruiert, der aus 3 ineinanderpassenden gläsernen Teilen besteht. Diese können derart ineinandergeschoben und mit der Nadel verbunden werden, daß ein Herausfließen des Blutes unmöglich wird. Außer der Beschreibung und der Abbildung dieses Ansatzes macht Verf. einige kurze Angaben über die Technik der Salvarsaninjektion. *Jurasz* (Leipzig).CH

Bergeat, Hermann: Zur Behandlung granulierender Wunden. (*Inst. f. Orthop. u. Medikomech. von Dr. v. Baeyer u. Dr. Bergeat, München.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 25, S. 1377. 1913.

Die Behandlung granulierender Wunden mit dem trockenen Luftstrom in Form des kalten oder warmen Luftgebläses empfiehlt Verf. Es soll dadurch die übermäßige Granulationsbildung hintenangehalten und damit eine rasche Vernarbung erzielt werden. *Hagemann.*CH

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Keil, Adolf: Zur Vaccinebehandlung der Gonorrhöe und deren Komplikationen. (*Handelsspit., Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 34, S. 472—473. 1913.

Mit der von Bruck angegebenen Gonokokkenvaccine, dem Arthigon, hat Verf. in 21 Fällen von männlicher Gonorrhöe nebst ihren Komplikationen günstige therapeutische Resultate erzielt; nur einmal versagte das Mittel.

Er gab steigende Dosen von 0,5—2,0 ccm intraglutäal, jedoch stets nur bei einer Körpertemperatur unter 38°. Durchschnittlich erhielten die Patienten 3—4 Injektionen im Zwischenraum von je 2 Tagen. Die sonst übliche Behandlungsweise (Balsamika, Kataplasmen, Einspritzungen, Massage usw.) wurde gleichzeitig angewandt.

Eine ausgesprochene Herdreaktion an den erkrankten Organen fand sich nur in 2 Fällen, der diagnostische Wert des Arthigons ist demnach unsicher. *Holste.*

Hedén, Karl: Über kolloidalen Schwefel gegen Gonorrhöe. (*Krankenh. St. Göran, Stockholm.*) Dermatol. Wochenschr. Bd. **57**, Nr. 34, S. 1003—1006. 1913.

Mit kolloidalem Schwefel (Akt.-Ges. „Kolloid" in Stockholm) hat Verf. 10 Fälle von Gonorrhöe bei Frauen behandelt. Spülung der Urethra mit 1—2 proz. Lösung zweimal täglich, Tuschierung der Cervix mit 10 proz. Lösung zweimal täglich, bei Bartholinitis Einspritzungen von 4 proz. Lösung. Bei den Blasenspülungen öfters heftige Schmerzen, die Behandlung der Uterusgonorrhöe mußte öfters der Reizerscheinungen wegen ausgesetzt werden. Die gonokokkentötende Wirkung des Mittels ist nicht unbedeutend, aber nicht so kräftig wie die der Silbereiweißverbindungen. *Blanck* (Potsdam).

Hedén, K.: Über die Behandlung gonorrhoischer Arthritis mit Gonargin. (*Syphilit. Klin. d. St. Göran-Krankenh., Stockholm.*) Allm. Svenska Läkartidn Bd. **10**, H. 29, S. 781—786. 1913. (Schwedisch.)

Verf. hat in 9 Fällen von gonorrhoischer Arthritis „Gonargin" der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning angewandt; es wurde vorschriftsmäßig als intramuskuläre Injektionen in immer vergrößerten Dosen gegeben, mit einer Anfangsdosis von 5 Millionen und mit Pausen von 2—4 Tagen, je nachdem eine Reaktion beobachtet werden konnte oder nicht. Verf. ist zu dem Schlusse gekommen, daß die therapeutische Wirkung des Gonargins gegen die gonorrhoische Arthritis die Wirkung früher angewandter Mittel übertrifft. Ein Fall, welcher durch Gonargin nicht beeinflußt wurde, war wahrscheinlich keine gonorrhoische, sondern eine rheumatische Arthritis. In einem Falle war die Wirkung des Gonargins auf die gonorrhoische Schleimhautaffektion besonders glücklich. In einem Falle konnte ein gutes Resultat bei einer Patientin mit Salpingitis beobachtet werden, während ein zweiter ähnlicher Fall nicht beeinflußt wurde. Wahrscheinlich können auch andere gonorrhoische Affektionen außer der Arthritis mit gutem Resultat mit Gonargin behandelt werden. In einigen Fällen trat eine vorübergehende Verschlimmerung des angegriffenen Gelenkes ein. Nennenswertes lokales oder allgemeines Unbehagen konnte nach den Injektionen nicht beobachtet werden. *Björkenheim* (Helsingfors).

Allgemeines über Geschwülste:

Green, C. E.: The local incidence of cancer in relation to fuel. (Das örtliche Vorkommen von Krebs in Beziehung stehend zum Brennmaterial.) Edinburgh med. journal Bd. **11**, Nr. 2, S. 144—149. 1913.

Verf. teilte schon früher mit, daß nach statistischen Erhebungen im Bezirk Mairnshire die Krebstodesfälle weit überwiegend in den Landesteil fallen, wo Kohle zur Feuerung verwendet wird. Bei weiteren Untersuchungen in anderen Bezirken ergab sich jedoch ein Widerspruch, indem auch dort, wo nur Torf gebrannt wurde, zahlreiche Krebsfälle vorgekommen waren. Dieser Torf war jedoch durchaus kohleähnlich und, wie Analysen ergaben, stark schwefelhaltig. Verf. glaubt nun, daß der Schwefelgehalt des Feuerungsmaterials irgendwie in der Krebsätiologie von Bedeutung ist, ähnlich der Rolle, welche der Schwefel für die Entstehung von Tumoren im Pflanzenreich spielt. *Hartert* (Tübingen).CH

Kelling, G.: Vergleichende Untersuchungen über die Meiostagmin-Reaktionsfähigkeit der Extrakte verschiedener Dotterarten mit menschlichen Carcinomseris. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 27, S. 1118—1121. 1913.

Wie Köhler und Luger u. a. fanden, sind Acetonextrakte aus Lecithin ein geeignetes Mittel zur Erhaltung von Meiostagminreaktion mit menschlichen Carcinomseren. Verf. stellte sich Antigenextrakte aus vier verschiedenen Eidottern, aus Hühner-, Tauben-, Karpfen- und Forellenleiern, her. Trotz gleicher Versuchsbedingungen sind die Resultate sehr verschieden. Die Carcinome, die mit Antigen aus Hühnereiern sehr gute Reaktionen gaben, reagierten mit Fischeidotter in keiner Weise. Der umgekehrte Fall, daß Carcinome mit Antigen aus Fischeidottern Reaktionen gaben und nicht mit Antigen aus Hühnereidottern, konnte niemals beobachtet werden. Dasselbe gilt auch für die Antigene aus Taubeneidottern, obwohl sich doch Huhn und Taube verwandtschaftlich nahe stehen. Die Reaktionen, welche die Hühnereidotterextrakte geben, gehen nicht parallel mit denen, welche man aus Pankreasextrakt oder mit einer Mischung von Leinöl- und Ricinusölsäure erhält. Es muß sich daher um verschiedene Stoffe handeln. In Zusammenhang mit anderen Kellingschen Untersuchungen mit Leber und Blutkörperchen ist aus den Ergebnissen zu schließen, daß der Unterschied nur in dem chemischen Artcharakter der Tierart liegen kann. *Kämmerer* (München).M

Franco, P. M.: Note di terapia anticancerosa. (Beiträge zur Krebstherapie.) Arch. ital. di ginecol. Jg. **16,** Nr. 7, S. 184. 1913.

Verf. glaubt, daß die Chemotherapie Erfolg haben werde bei Bekämpfung des Carcinoms, besonders empfiehlt er das Selen intravenös, wenn möglich kombiniert mit anderen Methoden, wie der chirurgischen. *Berberich* (Karlsruhe).

Freund, Ernst, und Gisa Kaminer: Über die Herkunft der die Carcinomzellen beeinflussenden Serumbestandteile. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 25, S. 1009 bis 1011. 1913.

Die Verff. fanden zwei die Carcinomzellen beeinflussende Substanzen im Serum: 1. nur im nichtcarcinomatösen Serum: eine zelldestruierende Fettsäure von hochmolekularer Zusammensetzung. 2. nur im Carcinomserum: ein zellschützendes Nucleoglobulin. Die normale Serumsäure ist besonders reichlich im Urämie- und im Verdauungsserum vorhanden. Letzterer Umstand deutet auf Herkunft aus der Nahrung. Zur Lösung der Frage nach der Herkunft des Nucleoglobulins machten die Verff. Versuche, ob carcinomatöses Serum durch Zusatz von carcinomatösen Darminhaltsbestandteilen so beeinflußt werden kann, daß die Reaktion des pathologischen Nucleoglobulins dadurch deutlicher würde. Es zeigte sich, daß im Gegensatz zum normalen Darminhaltsfiltrat das Filtrat des carcinomatösen Dünndarminhaltes dem Serum die Fähigkeit verlieh, mit Carcinomextrakt Trübungen zu geben. Die wirksame Substanz erwies sich als eine in Äther lösliche, stickstoff-, phosphor- und schwefelfreie Fettsäure. Mit ihr stellten sich die Autoren „künstliches Carcinomserum“ her, das sich in verschiedener Hinsicht als identisch mit dem natürlichen erwies. Ja solches künstliches Carcinomserum gab auch spezifische Abderhaldensche Reaktion mit Carcinomgewebe. Auch bei der spezifischen Wirkung von Carcinomextrakten auf Serum ist das Spezifische in der in Rede stehenden Darminhaltssäure zu suchen, da mit dieser bereitete Extrakte sich wie richtige Carcinomextrakte verhalten. Nach allem ist diese Säure als eine wichtige Vorbedingung der allgemeinen Disposition zu Carcinom anzusehen. Dadurch, daß die vorliegenden Untersuchungen die Ursache dieser Substanzen in einer Anomalie des Stoffabbaues bei der Darmverdauung nachwiesen, erscheint der Angriffspunkt der pathologischen Verhältnisse des Carcinoms in ein Gebiet verlegt, das leichter studierbar und insbesondere leichter beeinflußbar ist. *Kämmerer.*[M]

Bristol, Leverett Dale, Newer ideas concerning the problem of cancer etiology. (Neuere Ideen über das Problem der Krebsätiologie.) Med. record Bd. **83,** Nr. 18, S. 787—793. 1913.

Verf. rekapituliert zunächst kurz die Anschauungen, welche von Cohnheim, Ribbert, v. Hansemann, Adami, Hauser und Marchand über die Entstehung des Carcinoms entwickelt wurden, und bespricht sodann die parasitäre Theorie: Morphologie, Biologie und Bakteriologie seien bisher nicht imstande, die Ursache der Carcinomentwicklung und das Entstehen anderer Geschwülste zu erklären; Verf. vertritt den Standpunkt, daß hier chemische oder biochemische Kräfte wirksam sind. Als primäre Ursache ist eine Art von Zell- oder Gewebsdegeneration anzusprechen infolge von Ernährungsstörungen oder infolge eines Gewebstrauma durch Verletzung, chemische, physikalische, parasitäre und funktionelle Einflüsse. Hierin kommt das primäre, präcanceröse Stadium zum Ausdruck. Aus diesem entwickelt sich infolge der Affinität des schon veränderten Gewebes zu bestimmten anorganischen Blutsalzen, ferner infolge Störung in der chemischen Struktur und in der Stoffwechseltätigkeit das sekundäre präcanceröse Stadium; dafür sollen sich in den Arbeiten von Ringer, Loeb, Carrel u. a. Belege finden. Vielleicht führt das vermehrte Absorptionsvermögen der ergriffenen Zellen durch Steigerung des osmotischen Druckes und der Oberflächenspannung zu den abnormen Zellteilungen. Calkins u. a. hätten bewiesen, daß Zelldegeneration und -tod in der Nachbarschaft durch autolytische Produkte einen Wachstumsreiz ausüben. Auch die Hydrolyse der Nucleoproteine regt die Zellteilung an; ebenso dürfte den Zellipoiden eine Bedeutung zukommen, ferner den Kol-

loiden, der Katalyse und gewissen Enzymen. Zugunsten dieser Forschungsrichtung spräche die von Rous beim Huhn erzielte Tumorüberpflanzung mit zellfreiem, filtriertem Material; wenn man nicht einen ultramikroskopischen Erreger annehmen will, könne man sich nur für die Wirksamkeit chemisch definierter Gruppen entscheiden. Die Art des Wachstums und die Bösartigkeit einer Geschwulst hängt aber nicht bloß von chemischen Kräften ab, sondern wird auch durch die Verschiedenheit der Muttergewebe bestimmt. Kachexie, Anämie usw. sind Ergebnisse der gesteigerten Stoffwechseltätigkeit der Geschwulstzellen und einer Autointoxikation. *Kreuter.*CH

Nutt, W. Harwood, J. M. Beattie and R. J. Pye-Smith: Arsenic cancer. (Arsenik-Krebs.) Lancet Bd. **185,** Nr. 4691, S. 210—216 u. Nr. 4692, S. 282 bis 284. 1913.

Bei einer Frau von 29 Jahren entwickelte sich während der Schwangerschaft ein schnell wachsendes Hautcarcinom an der Hand und an den Labia minora, das auf eine Arsenikmedikation in der Jugend zurückgeführt wird. Gleichzeitig wird die ätiologische Bedeutung des Arsens für die Entstehung der Hautkrebse eingehend beleuchtet. *Gräfenberg* (Berlin).

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Caturani, Michele: Riassunto statistico. (Statistisches Resumè.) Arch. ital. di ginecol. Jg. **16,** Nr. 7, S. 161—180. 1913.

Ein statistischer Rechenschaftsbericht des Verf. über seine im italienischen Krankenhause in New York und in seinem Privatsanatorium im Jahre 1912 ausgeführten 239 gynaekologischen Operationen, inbegriffen 144 Bauchoperationen. Gute Erfolge! In 60 der gynaekologisch operierten Fälle wurde die gesunde Appendix mit entfernt, abgesehen von 16 essentiellen Appendixerkrankungen. Als Kuriosum bemerkt Verf., daß in einem Staate der Nordamerikanischen Union ein Gesetz eingebracht wurde, wonach ein Arzt strafbar zu betrachten sei, wenn er eine Appendixoperation ausführt ohne beweisen zu können, daß die Appendix wirklich krank sei und auch die Operation indiziert gewesen sei. Es scheint viel Unfug damit geschehen zu sein. Trotzdem rät Verf. bei jeder Bauchoperation, den auch gesunden Wurmfortsatz abzutragen, um die Patienten vor etwaigen Erkrankungen desselben für die Zukunft zu schützen. *Gattorno* (Triest).

Gynaekologie.

Uterus:

Kaminskaja, L. A.: Extr. fluidum Poligoni hydropiperis bei Uterusblutungen. (Vorläufige Mitteilung.) (*Geburtsh.-Gynaekol. Klinik, Prof. Popoff, St. Petersburg.*) Wratschebnaja Chaz. Jg. **20,** Nr. 29, S. 116—118. 1913. (Russisch.)

Das Präparat, das im Laboratorium von Prof. Krawkoff hergestellt ist, wurde bei 45 Patientinnen, die an Blutungen verschiedener Art litten, mit gutem Erfolg angewendet. Hervorzuheben sei noch die schmerzstillende Wirkung und der angenehme Geschmack des Extrakts. Versuche haben ergeben, daß es keine gefäßverengende Wirkung besitzt. *Brande* (Berlin).

Lastaria, Francesco: Il valore curativo della chirurgia nel cancro dell'utero. (Der kurative Wert der Chirurgie beim Gebärmutterkrebs.) Giorn. internaz. delle scienze med. Jg. **35,** Nr. 14, S. 650—652. 1913.

Verf. gibt eine summarische Übersicht der letztjährigen Erfolge der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses, um besonders die italienischen Ärzte und das Publikum, welche der Carcinomoperation noch sehr skeptisch gegenüberstehen, für dieselbe zu erwärmen. *Gattorno* (Triest).

Seeligmann, Ludwig: Die Beeinflussung des inoperablen Uteruscarcinoms mit Strahlen und intravenöser Chemotherapie. Bemerkungen zu obigem Aufsatz von Dr. Rudolf Klotz in Münch. med. Wochenschr. Nr. 31, S. 1704. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 34, S. 1884. 1913.

Es werden gegenüber Klotz Prioritätsansprüche gewahrt. *Gräfenberg* (Berlin).

Nagy, Theodor: Über maligne Entartung der Epithelien primär verschleppter Chorionzotten. Beitrag zur Frage des malignen Chorionepithelioms. Arch. f. Gynaekol. Bd. **100,** H. 2, S. 430—445. 1913.

Durch die Entdeckung der epithelialen Herkunft des malignen Chorionepithelioms und dessen Möglichkeit der bösartigen Entartung wurde das maligne Chorionepi-

theliom als bösartiges epitheliales Blastom erachtet. Später wurden im Gewebe die physiologischen Chorionepithelien als mehrreihige Zellgruppen, die Zottenepithelien in gesteigertem Wachstum und die fötalen Zellen mit ins mütterliche Gewebe verschleppt gefunden. Dieser von R. Meyer festgestellte choriale Invasion ist eigentümlich, daß die Zellen auch physiologischerweise verschiedene Form und Färbbarkeit zeigen können, so daß es schwierig ist, sie als Syncitien oder Langhanszellen festzustellen; es gelang ihm aber der Beweis des Zusammenhanges dieser fötalen Zellen mit denen der Placenta. Form des physiologischen Chorionepithels sehr variabel, deshalb auch typische Morphologie nicht festzustellen. Bloß unter Heranziehung klinischer Zeichen nach Marchands Vorschlag Bösartigkeit des Zottenepithels zu diagnostizieren. Indes. oft käme man zu spät mit etwaigem Eingriff beim Abwarten klinischer Erscheinungen. Vielfach wird man nach R. Meyers Vorschlag auch auskommen: Entfernung von viel anhaftender Muskulatur bei Probeabrasio, Beurteilung der Gut- bzw. Börartigkeit aus der im Muskelgewebe vorhandenen destruktiven Wirkung der fötalen Epithelien, hierbei ist jedoch auch die histolytische Wirkung der Zottenepithelien in Betracht zu ziehen. Da indes der schrankenlosen Gewebszerstörung des malignen Chorionepithelioms und der beschränkten Histolyse der physiologischen fötalen Zellen viel Gemeinsames, kann die Malignität der Zottenepithelien nicht unterschieden werden. Es muß eben die Kenntnis der Wirkung der mit großer Wachstumsenergie behafteten physiologischen Zottenepithelien verbessert werden, dann ist die Malignität besser abzugrenzen. Verf. führt einen klinischen Fall an, der nach seiner Ansicht Abweichungen zeigt.

52 Jahre. IXpara. Regelmäßig menstruiert; nach 3monatlicher Amenorrhöe 7 cm langer Foetus abgegangen. Placenta tags darauf manuell entfernt, alsbald Blutung. Deshalb 4 Wochen post. abort. Abrasio, normaler Touchierbefund, außer verdickter Schleimhaut erbsengroße, braune Gewebsstückchen entfernt. Histologisch Endometrium, einige Stücke mit anliegender Muskulatur keine fötalen Elemente, einige Stücke wieder Placentazotten. Nahe den gewucherten Zottenepithelien doch auch Zeichen der Degeneration, atypische Stäbchen an Stelle von regelmäßigen Kernen, Abnahme der Färbbarkeit, zwischen blasenähnlichen Kernen rote Blutkörperchen und große, syncitiale Wanderzellen. In Räumen, von aufgelösten Muskelbündeln gebildet, Decidua ähnliche Stromazellen, feine Synzitiumfäden. Infolge Verdacht eines malignen Ch. radikale Operation vorgeschlagen. Nach 3 Wochen vaginal ausgeführt. Frau genesen. Zurzeit gesund. Härtung, Einbettung, Färbung der Uterusschnitte. Genaue ausführliche histologische Beschreibung der Schnitte an der Hand von Zeichnungen im Original nachzulesen.

Verf. knüpft dann eine ausführliche Erörterung über Bedeutung der histologischen Veränderungen seiner Präparate, über die darin gefundene Gewebsgenese und über die Bedeutung und das Wesen der Chorionzotten und ihre etwaige maligne Geschwulstentartung unter Anführung von einer Hypothese Veits an, die am besten im Original nachzulesen. *v. Miltner* (München).

Quando il medico pratico deve curare la retroflessione dell'utero. (Wann soll der praktische Arzt die Retroflexion des Uterus behandeln.) Riv. internaz. di clin. e terap. Jg. 8, Nr. 14, S. 159—161. 1913.

Die gewöhnlichen Retrodeviationen des Uterus erfordern nur dann eine Behandlung, wenn sie gewisse Beschwerden verursachen, besonders Blasenstörungen, Kotstauung, übermäßige Menstrualblutungen, Kreuzschmerzen, Fluor. Unbedingt erfordert die Retrov. u. Flexio des schwangeren Uterus einer Korrektion mit nachträglicher temporärer Pessarbehandlung, sofern nicht eine Spontanaufrichtung erfolgt. Schwer zu beantworten ist die Frage des Zusammenhanges von Sterilität und Retroversion, weil meist andere Momente (Gonorrhöe) eine Rolle mitspielen; gewiß fördert eine normale Lage des Uterus die Konzeption. Zumeist suggestive Wirkung hat eine Behandlung der Retroflexion bei Hysterie. Die allgemein bekannte Technik der Reposition des retroflektierten Uterus wird näher besprochen. — Die Pessarbehandlung soll bei beweglich retroflektiertem Uterus bevorzugt werden und nur in Ausnahmefällen operativ vorgegangen werden (Alex. Adams). Wenn entzündliche Prozesse oder deren Folgen mitbestehen, soll konservativ vorgegangen und nur dann operativ eingegriffen werden,

wenn jede andere Behandlung erfolglos geblieben ist und jede Gefahr seitens infektiöser Produkte als erloschen betrachtet werden kann. Die Ventrofixation des freigemachten Uterus ist den Vaginofixationsmethoden vorzuziehen. Ein Entschluß zur Operation wird durch soziale Momente sehr stark beeinflußt. *Gattorno* (Triest).

Stetten, de Witt: A method of ventrofixation combined with certain tubal sterilization by means of extra-abdominal displacement. (Eine Methode der Ventrofixation kombiniert mit Tubensterilisation durch extraabdominale Verlagerung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 1, S. 120 bis 121. 1913.

Ligg. rot. und Tuben werden 3 Zoll vom Uterushorn abgebunden und durchtrennt, die proximalen Stümpfe durch eine Stichwunde durch Peritoneum, Muskel und Fascie durchgeleitet und $^{3}/_{4}$ Zoll von der medianen Bauchwunde an der Fascie fixiert. Eventuell werden 1 oder zwei Fasciennähte noch durch den Fundus uteri durchgeführt. Die Tuben können wieder zurückgebracht werden, wenn Schwangerschaft erwünscht wird. *Mathes* (Graz).

Fothergill, W. E.: An operation for prolapse complicated by hypertrophy of the cervix. (Eine Operation bei mit Cervixhypertrophie kompliziertem Prolaps.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **24,** Nr. 1, S. 19 bis 21. 1913.

Bei jedem Prolaps macht Fothergill die Anfrischungsfigur der vorderen Vaginalwand in Form eines gleichseitigen Dreiecks, dessen eine Seite an der Portio, deren gegenüberliegender Winkel an der Urethra liegt, die beiden anderen Winkel sind in den beiden seitlichen Scheidengewölben. Jede Seite ist 3 Zoll lang. Der Vorteil liegt darin, daß bei der Naht die vordere Vaginalwand lang, das parametrane Bindegewebe in der Mitte von der Portio vereinigt und die Portio nach hinten gedrängt wird. Die Cervixhypertrophie wird um die Portio so umschnitten, daß sie in der Mitte der Basis des gleichseitigen Dreieckes liegt. *Mathes* (Graz).

Ward, George Gray: An operation for the cure of rectocele and restoration of the function of the pelvic floor. (Eine Operation bei Rectocele zur Wiederherstellung der Funktion des Beckenbodens.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68,** Nr. 2, S. 308—309. 1913.

Anfrischung der hinteren Vaginalwand nach Simon-Hegar, in die oberflächliche Fascie des Levator ani wird beiderseits in der Gegend der Vaginalsulcus mit der Schere ein Knopfloch geschnitten, der Levator herausgezogen, es werden die medialen Ränder der Fascienwunde, dann die Levatoren und darüber die lateralen Ränder der Fascienwunde vernäht. Hautnaht mit Silkworm. *Mathes* (Graz).

Fonyó, Johann: Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi partialis. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 34, S. 1258—1262. 1913.

Partielle Retroflexio uteri gravidi bei einer 36 Jahre alten 5para, die früher wegen Douglasabsceß behandelt worden war. — Wegen Eklampsie in der 36. Schwangerschaftswoche künstliche Entbindung durch Embryotomie. Literaturverzeichnis. *Kalb* (Stettin).

Zickel, Georg: Alexander-Adams mit Tuberculumschnitt. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 33, S. 1230—1231. 1913.

An der Hand von 15 Fällen empfiehlt Verf. von neuem den Liepmannschen Tuberculumschnitt, quer von einem Tuberculum pubis zum anderen, für die Alexander-Adamsche Operation. Die Übersichtlichkeit des Operationsgebietes ist mindestens so gut wie beim gewöhnlichen Inguinalschnitt, die Hautnaht liegt nicht in der Ebene der Fasciennähte, der Schnitt ist kosmetisch besser, da er absolut in der Haargrenze verläuft und läßt sich endlich ohne Schwierigkeiten zu einem Pfannenstielschnitt erweitern. *Kalb* (Stettin).

Zanfrognini, A.: Sul trattamento delle stenosi cervicali. (Zur Behandlung der Cervixstenose.) (Soc. Emiliana e Marchigiana di ostetr. e gynecol., 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. **18,** Nr. 7, S. 102. 1913.

Eine zylindrische Aluminiumdrahtspirale von 8—12 mm Durchmesser wird mittels entsprechendem Hegarstifte im Cervicalkanale bis über den inneren Muttermund eingeführt und nach 10—12 Tagen wieder entfernt, wodurch Rezidive nach Cervixerweiterungen mittels Stiften oder blutiger Operation verhindert werden sollen. Auch die Stauung zäher, schlei-

miger Sekrete wird hierdurch hintangehalten. Aluminiummaterial ist wegen seiner Leichtigkeit und Beständigkeit besonders geeignet. *Gattorno* (Triest).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Björkenheim, Edv. A.: Das kollagene Gewebe in der Tube in den verschiedenen Altersperioden. (*Geburtsh.-gynaekol. Univ.-Klin., Helsingfors.*) Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. **55**, H. 8, S. 141—190. 1913. (Schwedisch.)

Verf. hat das kollagene Gewebe in der Tube nach der Trypsin-Digestionsmethode untersucht. Im ganzen sind 27 Fälle untersucht worden; das Material stammt von Embryonen, Neugeborenen, Kindern und Erwachsenen bis zum 72. Lebensjahre. Verf. ist zu folgendem Resultate gekommen: Die Mucosa der Tube ist von einem außerordentlich dichten Netzwerk von feinen Bindegewebsfasern angefüllt, welche Fasern sich in die Schleimhautfalten hinein erstrecken, so daß ein dicht geflochtenes Netzwerk jede Falte ausfüllt; die Fasern des Netzwerkes verlaufen gewöhnlich parallel den Falten. Dieses Netzwerk ist bei Embryonen und Kindern gewöhnlich sehr dicht, nach Eintritt der Menstruation etwas lichter. Nach Eintritt des Klimakteriums ist anstatt des feinen Netzwerkes in der Falte ein von sehr klumpigen wie angeschwollenen Fasern gebildetes Netzwerk zu sehen. In der Muskelschicht verlaufen die Bindegewebsfasern wellenförmig, konzentrisch um das Lumen; sie stehen in direktem Zusammenhang mit dem Bindegewebsnetzwerk in der Mucosa und werden mit zunehmendem Alter gröber, so daß nach Eintritt des Klimakteriums und auch schon in geschlechtsreifem Alter ordentliche Bindegewebsbündel beobachtet werden können. In der Subserosa ist nur ein Gewirr kürzerer und längerer, mit dem zunehmenden Alter gröber werdender Bindegewebsfasern zu sehen, welche sich um die zahlreichen Blutgefäße schlängeln. Das Epithel ist gegen das subepitheliale Gewebe durch eine Grenzmembran abgegrenzt. Verf. hat in diesem Zusammenhang auch das elastische Gewebe in der Tube untersucht und gefunden, daß elastische Fasern gewöhnlich bis zum Eintritt der Geschlechtsreife nur in den Gefäßwänden vorkommen, um später etwas an Menge zuzunehmen. Sie sind als feine, vereinzelte Fasern in der Subserosa und in der Muskelschicht zu finden. Nach Eintritt des Klimakteriums nimmt ihre Anzahl gewöhnlich ab.
Autoreferat.

Maugeri, Vincenzo: Contributo all'isto-patologia della tuba falloppiana nei fibromi dell'utero. (Beitrag zur Histologie der Tuben bei Uterus myomatosus.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Catania.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35**, Nr. 7, S. 212—216. 1913.

An 7 Tuben hat Verf. die histologischen Befunde beschrieben. Besonders reich ist die Vascularisation der Tunica progr. mucosae. Das Epithel ist zylindrisch, sehr zahlreich sind Sekretionszellen, alle Zylinderzellen tragen Cilien. Da in anderen Fällen Sekretionszellen fehlen oder spärlich sind, glaubt Verf. die Ursache in dem Blutandrang bei Myom suchen zu müssen.
Berberich (Karlsruhe).

Bertino, A.: Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio delle emorragie di origine ovarica. (Klinischer und path.-anatom. Beitrag zum Studium der Blutungen ovariellen Ursprungs.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Sassari.*) Ginecologia Jg. **10**, Nr. 4, S. 93—128. 1913.

Wenn auch die Extrauterinschwangerschaft die häufigste Ursache von Bauchblutungen genitalen Ursprungs ist, so ist sie nicht die einzige, vielmehr können Ovulation in pathologisch veränderten Ovarien und Veränderungen des Corpus luteum mehr oder minder ansehnliche Blutungen in das Gewebe des Eierstockes selbst, in die Follikelhöhle oder deren Umgebung und in die freie Bauchhöhle verursachen. 5 Fälle, welche in Florenz operiert worden sind und bei welchen solche Blutergüsse, aber keine Spur von Konzeptionsprodukten nachgewiesen werden konnte, werden angeführt. Verf. glaubt, daß sklerocystische Degeneration des Ovars, reichliche Proliferation und degenerative Vorgänge der Gefäße des Eierstocks prädisponierende Momente zu Ovarialblutungen bilden. Als Gelegenheitsursachen soll die menstruelle Hyperämie und die sexuelle Erregung bei coitus zurzeit einer bevorstehenden Menstruation an-

gesehen werden. Die Blutungen waren verschieden groß und intensiv und gingen von einer relativ unbedeutenden Follikelblutung bis zur Bildung einer Hämatokele und sogar zum großen Ergusse frei in die Bauchhöhle. — Stets war der Ausgangspunkt das Corpus luteum in den verschiedenen Stadien seiner Bildung und Rückbildung. — Die Symptomatologie der ovariellen Blutungen bleibt im Dunkeln gehüllt und deckt sich häufig mit jener der Extrauterinschwangerschaft, besonders wenn verspäteter Eintritt der Menses oder auch komplette Amenorrhöe, welche nicht leicht zu erklären ist, täuschend mitspielt. *Gattorno* (Triest).

Kufs, Hugo: Beiträge zur Diagnostik und pathologischen Anatomie der tuberösen Hirnsklerose und der mit ihr kombinierten Nierenmischtumoren und Hautaffektionen, und über den Befund einer akzessorischen Nebenniere in einem Ovarium bei derselben. (*Sächs. Landesanst. Hubertusburg.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Orig. Bd. **18,** H. 3, S. 291—335. 1913.

Der in der Überschrift erwähnte Befund einer akzessorischen Nebenniere im rechten Ovarium wurde zufällig bei der Autopsie einer 39jährigen an tuberöser Hirnsklerose verstorbenen Patientin gemacht. Beide Ovarien zeigen am lateralen Rande mehrere taubeneigroße Cysten mit schleimigem Inhalt und glatter Innenfläche. In der medialen Hälfte des rechten Ovariums fand sich außerdem neben der Ansatzstelle des Lig. ovarii. in das derb fibröse Ovarialgewebe eingebettet ein schmaler, über 1 cm langer und bis zu 4 mm breiter, durch seine auffallende Schichtung und Färbung sich von der Umgebung scharf abhebender Gewebsstreifen, der makroskopisch deutlich 2 gelbe Randschichten und eine tiefbraune Mittelzone erkennen läßt. Mikroskopisch besteht die Rinde aus reihen- und haufenartig angeordneten Epithelzellen, deren Protoplasma zum Teil sehr blaß und von feineren Vakuolen wabig durchsetzt erscheint. Bei der Scharlachrotfärbung ergeben alle Rindenzellen eine intensive Rotfärbung und erscheinen mit feinsten roten Kügelchen bestäubt (lipoide Substanzen). Das Mark besteht aus polymorphen und verästelten Zellen und weist reichlich braunes Pigment auf. Der Uterus zeigte typische Fibromyome. Ob es sich bei der Nebennierenverlagerung um eine Abspaltung oder Gewebsverlagerung von dem Hauptorgan oder eine selbständige Bildung aus Resten des Urogenitalsystems handelt, möchte Verf. nicht entscheiden. Sicherlich handelt es sich um eine embryonal angelegte Entwicklungsanomalie, die sich daher zwanglos in den Rahmen der bei der tuberösen Hirnsklerose gefundenen Entwicklungsanomalien der verschiedensten Organe einfügt. *Vaßmer* (Hannover).

Bertoloni, Giovanni: Cisti dermoide dell'ovaio sinistro, suppurata, complicante il puerperio. (Vereiterte Dermoidcyste des linken Ovars als Wochenbettkomplikation.) (*Scuola ostetr., univ., Perugia.*) Ginecologia Jg. **10,** Nr. 5, S. 129—134. 1913.

Nach schwerem Forceps bei II para dauernd hohes Fieber, scheinbar wegen peri-parametr. Exsudate links bis über Nabelhöhe. Das kleine Becken vom vermeintlichen Exsudate ausgefüllt. — Kolpotomie. — Hierbei erwies sich der Tumor als eine vereiterte Dermoidcyste (Fett, Haare). — Besserung, aber Permanenz einer Fistel, sodaß nachträglich die Exstirpation der Dermoidcyste auf vaginalem Wege vorgenommen werden mußte. — Heilung. *Gattorno.*

Frankl, Oskar: Über die Ovarialfunktion bei Morbus Basedowii. Gynaekol. Rundschau Jg. **7,** H. 17, S. 619—628. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1,** S. 750.

Bauchorgane:

Jones, N. W.: The medical aspect of abdominal ptosis. (Die Enteroptose vom Standpunkt des Internisten.) Interstate med. journal Bd. **20,** Nr. 7, S. 593—632. 1913.

Hinsichtlich der Pathogenese unterscheidet Verf. zwei Hauptgruppen von Enteroptose. 1. Die erworbene Form (insbesondere bei Multiparen vorkommend) und 2. die kongenitale Form. Bei dieser letzteren Form handelt es sich teils um allgemeine Schwäche, teils um Entwicklungshemmungen. Die Entwicklungshemmungen betreffen insbesondere die Vollständigkeit der Drehungen, die manche Abschnitte des Verdauungstraktes bei ihrer Entwicklung ausführen. Ferner kommt die unvollkommene Ausbildung des peritonealen Bandapparats in Betracht. So ist beispielsweise die Verlötung der beiden Blätter der Bursa omentalis für die Fixation des Colon transversum von großer Bedeutung. Es handelt sich da um anatomische Verhältnisse, die dem

Menschen gegenüber den anderen Säugetieren spezifisch sind. Auch die anthropoiden Affen zeigen noch nicht diese Entwicklungsstufe des peritonealen Bandapparates. In klinischer Beziehung zerfällt die Enteroptose je nach den beteiligten Organen usw. in zahlreiche Formen. Um nur ein Beispiel herauszugreifen, sei hier angeführt, daß Verf. bei der Koloptosis unterscheidet: die rechtsseitige Ptosis, die zentrale Ptosis (midline ptosis) und die Ptosis der Flexura sigmoidea. Bei der zentralen Ptosis ist wieder zu unterscheiden, ob auch die Flexura hepatica und die Flexura lienalis tiefer getreten sind, oder ob das colon transversum zwischen diesen beiden besser fixierten Stellen wie eine Hängematte aufgehängt ist. Gerade diese letztere Form führt nach Verf. zu hartnäckiger Obstipation und sonstigen schweren Symptomen. Diese Form neigt auch besonders zur Entstehung von Knickungen am Darmkanal. Solche Knickungen kommen auch bei anderen Formen von Enteroptosis vor. Namentlich ist noch die Ptosis des Coecums häufig mit den sogenannten „Lane kinks" verbunden. Hinsichtlich der Therapie neigt Verf. insbesondere zur Anwendung der physikalisch-diätetischen Maßnahmen. Vor der unterschiedslosen Anwendung der rohfaserreichen Kost wird gewarnt. Gewisse Fälle erfordern operative Abhilfe. Man kann aber sagen, daß in funktioneller Hinsicht vollkommen gute Resultate keineswegs eine Rückkehr der gesunkenen Organe an ihre normale Stelle zur Voraussetzung haben. Die Arbeit enthält auch einen kurzen historischen Überblick, in dem bis auf Morgagni zurückgegangen wird. Zahlreiche Abbildungen (insbesondere Röntgenogramme). *Reach.*[M]

Boas, I.: Die Behandlung akuter abdomineller Erkrankungen (Blutungen, Perforation, Darmverschluß). Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 17, S. 519 bis 524. 1913.

Morestin, H.: Laparoptose et laparoplastie. (Hängebauch und Bauchplastik.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 26, S. 1114 bis 1118. 1913.

Bei einer 41 jähr. Frau, die 3 normale Entbindungen durchgemacht und im Anschluß daran einen außerordentlich starken Hängebauch bekommen hatte, der beim Stehen bis unter die Schamfuge herunterhing, hat Verf. eine Plastik in der Weise ausgeführt, daß er Haut und Unterhautfettgewebe von der Lendengegend der einen zur anderen Seite mit einem nach unten konkaven Schnitt durchtrennte und nach oben abpräparierte. Den Nabel umschnitt er und ließ ihn als Oval an der vorderen Aponeurose. Den Hautfettgewebslappen präparierte er noch weiter nach oben, so daß er ihn auf die Brust aufschlagen konnte. Er wurde dann durch einen nach oben geführten Bogenschnitt noch in großer Ausdehnung abgetrennt. Zuerst wurde dann in der Mittellinie durch Vereinigung der mittleren Schenkel der Fascie und Muskulatur- — die ganze Abdominalfascie lag frei — unter- und oberhalb des Nabels eine starke Linia alba hergestellt und dann eine quere Raffung der vorderen Bauchwand in Höhe des Nabels und eine schräge in den unteren seitlichen Partien vorgenommen. Dann wurden die Hautfettgewebsränder, nachdem in den oberen Hautfettlappen eine ovale Öffnung eingeschnitten und hier hinein der Nabel durch einige Suturen in der gewünschten Höhe fixiert war, wieder vereinigt. Heilungsverlauf vollkommen glatt, Funktionsresultat sehr gut. Die ursprünglich oberhalb des Nabels gelegene Haut war fast bis zur Schamfuge herabgezogen. Indikationen für derartige Operationen sind Hängebäuche mit ihren allgemeinen Beschwerden, die durch nichts anderes zu erklären sind. *Penkert* (Halle a. S.).

Weil, S.: Über seltenere Hernien. (*Kgl. chirurg. Klin., Breslau.*) Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 14, S. 417—424. 1913.

Kurze Besprechung von Hernien mit ungewöhnlichen Bruchpforten (ovale Lücke im Schwertfortsatz des Brustbeins, Hernia supravesicalis interna, H. interparietalis, seitliche Bauchwandbrüche, H. obturatoria, H. Treitzii und H. epiploica), selttenerem Bruchinhalt (Harnblase, Gleitbruch des Dickdarms, Darmwandbrüche und echte Littrésche Hernie, Hernie en W.) und pathologischen Veränderungen des Bruchsackes (Carcinommetastasen, Tuberkulose, Verwachsungen) und des Bauchinhaltes (Samenstrang- und Netztorsion, Volvulus in einer großen Nabelhernie, Ileus und Scheineinklemmung, Peritonitis im Bruchsack, Appendicitis im Bruchsack und Incarceration des Appendix). Zum Schluß Mitteilung mehrerer Fälle mit schwerer Schädigung durch Taxisversuche und Warnung vor der Taxis. *Reinhardt* (Sterberg).[CH]

Judd, E. S.: A single transverse incision for use in double inguinal herniotomies. (Ein einfacher Querschnitt für die Operation doppelseitiger Leistenbrüche.) Old Dominion journal of med. a. surg. Bd. **16,** Nr. 4. S. 153 bis 156. 1913.

Verf. empfiehlt den in die Gynaekologie durch Küstner und Pfannenstiel eingeführten Querschnitt ganz besonders für die Operation des doppelten Leistenbruchs. 4 anschauliche Bilder zeigen das Verfahren. Etwa 8—12 cm langer Querschnitt von der Mitte des Leistenkanals der einen Seite zu dem entsprechenden Punkte der anderen. Haut und subcutanes Fett werden durchtrennt und etwas abgeschoben, so daß die Fascie überall freiliegt. Durch Verziehen der Wundränder läßt sich der ganze Leistenkanal auf jeder Seite leicht frei machen. Die Wundheilung und die aseptischen Heilungsbedingungen sind besser als bei dem Schrägschnitt. *Kaerger* (Berlin).CH

Eccles, W. McAdam: The cause and treatment of traumatic ventral hernia. (Die Ursache und die Behandlung der traumatischen Bauchhernie.) St. Bartholomew's hosp. journal Bd. **20,** Nr. 11, S. 170—173. 1913.

Die Ursachen eines Bauchbruches nach Laparotomie sind zu suchen in 1. ungeeigneter Schnittführung; 2. technischen Fehlern bei dem Schlusse der Bauchwunde; 3. Zunahme des intraabdominellen Druckes nach dem Schlusse der Wunde; 4. primärer oder sekundärer Sepsis. Verf. gibt Winke, wie sich die aus diesen Ursachen entspringenden Bauchbrüche vermeiden lassen und bespricht zum Schlusse die prophylaktische, palliative und operative Behandlung derselben, ohne aber etwas wesentlich Neues zu bringen. *Brentano.*CH

Favreul: La péritonite biliaire sans perforation des voies biliaires. (Die Peritonitis durch Galle ohne Perforation der Gallenwege.) Rev. franç. de méd. et de chirurg. Jg. **10,** Nr. 14, S. 217—219. 1913.

Verf. berichtet über einen tödlich verlaufenen Fall von akuter Peritonitis, bei dem sich eine mäßig große Menge gallig gefärbter Flüssigkeit in der Bauchhöhle, namentlich in der Gallenblasengegend, fand, ohne daß irgendeine Perforation der Gallenblase selbst oder der Gallenwege nachzuweisen war. Auch bei der Autopsie wurde keinerlei Perforationsstelle gefunden. Die Gallenwege waren vollständig frei und enthielten keine Steine; die Gallenblase war entzündlich verändert, die Schleimhaut nicht ulceriert.

Verf. bespricht noch eine Anzahl ähnlicher in der Literatur bekannter Fälle und hebt hervor, daß eine große Menge galliger Flüssigkeit prognostisch günstiger ist als eine geringere. Im übrigen bieten die Fälle klinisch nichts Charakteristisches und werden meist unter anderer Diagnose, z. B. Appendicitis, operiert. In der Gallenblasengegend zeigen sich öfter Verwachsungen, Steine sind bald vorhanden, bald fehlen sie, zuweilen kann das Durchtreten der Galle durch die Wand der Gallenblase direkt beobachtet werden. Wodurch diese Durchlässigkeit entsteht, ist noch unbekannt; die entzündlichen Veränderungen genügen nicht zur Erklärung, da trotz der Häufigkeit der Gallenblasenentzündungen die Gallenperitonitis ohne Perforation äußerst selten ist. Die Behandlungsmethode der Wahl ist die Cholecystektomie mit oder ohne Drainage der Gallenwege. *Hochheimer* (Berlin).CH

Deletrez, A.: Pseudo-myxome du péritoine d'orgine appendiculaire. (Pseudomyxom des Peritoneums appendicitischen Ursprungs.) Rev. de gynécol. Bd. **21,** Nr. 1, S. 39—44. 1913.

Vgl. dies. Zentralblatt Bd. **2,** S. 590.

McDonald, George Childs: Chylous cyst of mesentery. (Chyluscyste im Mesenterium.) Pacific med. journal Bd. **56,** Nr. 4, S. 229—230. 1913.

Bei einem 23jährigen Manne fand sich auf der Grenze der Regio hypogastrica und der Regio inguinalis ein elastischer Tumor, der sich als eine leicht ausschälbare Cyste im Mesenterium erwies mit weißlichem, rahmigem Inhalt. Das Bett der Cyste wurde durch Einrollen der durch die Incision gespaltenen Vorderwand geschlossen. Drainage durch Gegenincision. Glatter Heilungsverlauf. *Hochheimer* (Berlin).CH

Bókay, Zoltan v.: Ein Fall von Riesenzellsarkom im Darm eines 9 Monate alten Kindes. (*Stefanie-Kinderspit. u. Univ.-Kinderklin., Budapest.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **213,** H. 2/3, S. 249—252. 1913.

Einhorn, Max: New instruments for the duodenum and small intestine. (Neue Instrumente für das Duodenum und den Dünndarm.) Med. record Bd. **83**, Nr. 25, S. 1119—1120. 1913.

1. Der Duodenalobturator besteht aus einer Magensonde, an deren unterem Ende unterhalb ihrer unteren Öffnung ein aufblasbarer Gummiballon angebracht ist. Wenn derselbe sich eine Strecke weit im Duodenum befindet, kann man durch Aspiration durch die Schlundsonde den über dem Ballon befindlichen Duodenalinhalt zur Untersuchung entnehmen. 2. Der Darmabschnittuntersucher (Section - Intestinal - Examiner) beruht auf demselben Prinzip. Jedoch ist noch ein zweiter aufblasbarer Ballon an dem Magenschlauch angebracht, so daß die innere Öffnung des Schlauches zwischen den beiden Obturationsballons gelegen ist. Sind beide Ballons aufgeblasen, so ist der zwischen ihnen gelegene Duodenal- oder Dünndarmabschnitt nach oben und unten abgeschlossen. Sein Inhalt läßt sich aspirieren und untersuchen. Die beiden Instrumente 1 und 2 können auch so benutzt werden, daß durch die Hohlsonde Wismutbrei eingespritzt und der durch die Ballons begrenzte Darmabschnitt einer isolierten Röntgenaufnahme unterworfen wird. 3. Der Darmzeichner ist eine aus Gummirohr, Draht und Seidenfaden angefertigte solide Sonde, die dazu bestimmt ist, in eine Magensonde eingeführt zu werden, mit ihrem kugeligen bzw. schüsselförmigen Ende den Pylorus zu passieren. Im Röntgenbild gibt sie sodann durch den von ihr verursachten Schatten ein Bild der Lage der obersten Dünndarmschlingen. *Ruge.*CH

Bérard, L., et H. Alamartine: Appendice et tuberculose. (Appendix und Tuberkulose.) Lyon chirurg. Bd. **9**, Nr. 5, S. 490—503 u. Nr. **6**, S. **645** bis 672. 1913.

Die Tuberkulose der Appendicitis wird auf intestinalem Wege erworben. Bei 7—8% sämtlicher Tuberkulöser finden sich tuberkulöse Veränderungen am Wurm; bei 1% nicht tuberkulöser Individuen zeigt sich pathologisch-anatomisch Tuberkulose des Wurmfortsatzes. Meist (in etwa 90% der Fälle) sind außerdem andere Teile des Darmrohres besonders Coecum oder Bauchfell am tuberkulösen Prozeß beteiligt. Ob das Coecum oder der Appendix primär erkrankt, ist mit Sicherheit nicht zu entscheiden. Auch ist bei kombinierter Tuberkulose der Adnexe und des Appendix Ersterkrankung beider möglich. Primäre Erkrankung der zugehörigen Drüsen ohne sichtbare Läsion des Appendix kommt vor. Tuberkulose des Wurmes kann auftreten als granulo-ulceröse Form, gewöhnlich ausgehend von der Basis des Wurmes; als entero-peritoneale Form, meist Folge von Perforation, am häufigsten von den Chirurgen beobachtet; als Pseudotumorform, gewöhnlich mit Beteiligung des Coecum; als einfacher oder sterkoraler tuberkulöser Absceß häufig mit Fistelbildung, der sterkorale Absceß mit ausgeprägter Neigung sich auszubreiten; als hypertrophische Form auf die meist stark verdickte Appendixwand beschränkt; als atrophische Form, vielleicht nur ein Abheilungsstadium der granulo-ulcerösen Erkrankung; endlich als cystische Form (Hydroappendix). Die tuberkulöse Simultanappendicitis, d. h. die Wurmfortsatzerkrankung mit Beteiligung anderer Organe am tuberkulösen Prozeß kann ebenso wie die isolierte Tuberkulose des Wurmfortsatzes klinisch latent oder unter dem Bilde uncharakteristischer Appendicitis verlaufen. Die tuberkulöse Natur akuter Appendicitis ist mit Sicherheit nicht zu erkennen, wird jedoch durch unvollständige Remissionen, Andauern des Fiebers und häufige Rückfälle besonders bei anderweit Tuberkulösen wahrscheinlich gemacht. Noch schwieriger ist die Diagnose des tuberkulösen Ursprungs bei der weit häufigeren chronischen tuberkulösen Appendicitis. Schlechter Allgemeinzustand und Inkongruenz des oft ausgeprägten örtlichen Befundes mit geringen Erscheinungen sprechen für Tuberkulose. Die häufige vulgäre Appendicitis bei Tuberkulösen wird von einigen als Teilnahme des Appendix an der tuberkulösen Allgemeininfektion (toxische Läsion des lymphatischen Apparates) aufgefaßt. Die Existenz einer chronischen Appendicitis, die die Erscheinungen einer tuberkulösen Erkrankung vortäuscht, wird vielfach bezweifelt zugunsten der Annahme, daß wirklich eine latente Tuberkulose mit Appendicitis im Poncetschen Sinne vorliegt. — Kurze Schlußbemerkungen über die Therapie, die im allgemeinen frühzeitige Appendektomie trotz ihrer schlechten Prognose (20% Mortalität bei tuberkulöser Appendicitis) empfehlen, bringen nichts wesentlich Neues. *zur Verth* (Kiel).CH

Hall, Ernest A.: Appendectomy (a personal experience). (Appendectomie [ein eigenes Erlebnis].) Canada lancet Bd. **16**, Nr. 12, S. 895—897. 1913.

Persönliche Erfahrungen eines appendectomierten amerik. Chirurgen. *Weißwange.*

Walker, Edwin: The diagnosis and treatment of acute appendicitis. (Diagnose und Behandlung der acuten Appendicitis.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 23, S. 629—633. 1913.

Scudder, Charles L., and Harry W. Goodall: Does appendectomy always relieve symptoms? An analysis of results years after operation in 640 cases of appendectomy. (Bringt die Appendektomie stets die Erscheinungen zum Verschwinden? Untersuchung der Ergebnisse Jahre nach der Operation in 640 Fällen von Appendektomie.) Publ. of the Massachusetts gen. hosp. Bd. **4**, Nr. 1, S. 29—36. 1913.

Von 640 ein bis 21 Jahre nach der Appendektomie durch Fragebogen Nachuntersuchten erfreuten sich 94% voller Gesundheit; bei dem Reste bestanden meist von der Appendektomie unabhängige Ursachen für den mangelhaften Gesundheitszustand. 10% hatten Narbenhernien, und zwar 17% bei drainierter Bauchhöhle und 3,9% bei undrainierter Wunde. Sogenannte Blinddarmentzündungsanfälle nach der Appendektomie werden von 38 berichtet. Ärztlich waren diese Anfälle nicht bestätigt. *zur Verth* (Kiel).CH

Buchbinder, Jacob R.: Retroperitoneal rupture of the appendix with extravasation of pus into and gangrene of the entire thigh. (Retroperitoneale Appendixperforation mit Übertritt des Eiters auf den Oberschenkel und Gangrän des Oberschenkels.) Journal of the Americ. med assoc. Bd. **60**, Nr. 23, S. 1782—1783. 1913.

21 jährige Negerin. Tod 11 Tage nach dem Einsetzen des Anfalls. Obduktionsbefund: Bauchhöhle frei; Appendix retrocöcal, an der Spitze adhärent am parietalen Peritoneum, in der ganzen Länge stark verdickt und entzündet, an der Spitze gangränös und perforiert und retroperitoneale Gewebe. Retroperitoneale eiter- und kotgefüllte Tasche, die nach oben bis zum unteren Nierenpol reicht, nach unten mit dem M. iliacus unter dem Poupartschen Band außen vom N. femoralis auf den Oberschenkel übergeht. Muskulatur in der Nachbarschaft der Tasche nekrotisch. Flüssige Durchtränkung der periartikulären Gewebe des Kniegelenks. Kniegelenk gefüllt mit klarer seröser Flüssigkeit. Hüftgelenk frei. Beckeneingeweide frei. Keine Thrombose und keine Embolie. *zur Verth* (Kiel).CH

Gaudin, Appendicite chronique et point de Mac Burney. (Über chronische Appendicitis und MacBurneyschen Punkt.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 25, S. 502—503. 1913.

Die chronische Appendicitis ist klinisch so selten, daß sie praktisch nicht berücksichtigt zu werden braucht. Schmerzhaftigkeit des MacBurneyschen Punktes ist nicht pathognomonisch für Appendicitis, sondern wird vor allem bei Erkrankungen der Adnexe beobachtet. Sie fehlt bei Coecum mobile und ptotischen Erkrankungen. *Klose* (Frankfurt a. M.).CH

Chauffard: Abcès sous-hépatique d'origine appendiculaire. (Absceß unter der Leber appendiciten Ursprungs.) (*Hôp. Saint-Antoine.*) Bull. méd. Jg. **27**, Nr. 69, S. 777—779. 1913.

Wilkie, D. P. D., The pathology of the caeco-colic sphincteric tract of the colon. (Die Pathologie des cöco-kolitischen Sphincterabschnittes des Kolons.) (*Laborat. of the prof. of clin. surg., Edinburgh univ., a. pathol. dep. of the Edinburgh roy. infirm.*) Journal of pathol. a. bacteriol. Bd. **17**, Nr. 4, S. 594—602. 1913.

In bezug auf Häufigkeit der Erkrankung steht das Colon ascendens nach dem Colon pelvicum an zweiter Stelle und zwar handelt es sich dabei um eine Lokalisation, die 1—3 Zoll oberhalb der Ileocöcalklappe gelegen, etwa der Pars coeco-colica des Vogeldarmes entspricht, die die Funktionen eines Sphincters versieht und den Abschluß des Coecums gegen das eigentliche Kolon bildet.

In dem ersten mitgeteilten und abgebildeten Fall bestand ein reiner Spasmus an dieser Stelle, der nach dem Tode nachgewiesen, klinisch zu Anfällen mit Überdehnung des angefüllten Coecums geführt hatte. Angeborene über das Coecum verlaufende Peritonealfalten wie Verwachsungen mit dem Netz können zu Knickungen und Stauung im Coecum führen, noch leichter

Verwachsungen nach entzündlichen Veränderungen. In 2 Fällen wurde eine bindegewebige Stenose der Pars coeco-colica gefunden. Im ersten Fall war sie um ein Geschwür mit Narbenbildung entstanden, und von äußeren Verwachsungen überlagert, im 2. Fall war das Coecum durch eine bindegewebige Membran mit schmaler Öffnung vom Colon ascendens getrennt, in beiden das Coecum (Caput coli) stark erweitert. Klinisch bestand Obstipation. Akute lokalisierte Kolitis und Neigung zu Geschwürbildung im Colon ascendens sind in der Literatur beschrieben, die dritte Abbildung zeigt einen Fall von breitem Geschwür auf entzündlicher Basis, querverlaufend etwa einen Querfinger über der Valvula ileo-coecalis, das wegen seiner entzündlichen Induration der Umgebung klinisch als Carcinom imponiert. In zwei weiteren Fällen beobachtete Verf. geschwürige Verengerung der Pars coeco-colica auf tuberkulöser Basis, von denen der eine mit weiteren Strikturen des Ileums kompliziert war Küttner operierte in 18 Monaten 4 Fälle tuberkulöser Striktur am Col. ascendens. Gegenüber den abweichenden Literaturangaben in bezug auf die Frequenz der bösartigen Erkrankungen fanden sich unter 41 Kolonkrebsen 8 Krebse des Col. ascendens, die meist im cöcalen Kolon an der Übergangsstelle des Coecum ins Kolon saßen. 5 Fälle betrafen stenosierende scirrhöse Tumoren, von denen drei bei erhaltenem Verschluß der Valvul. ileo-coecalis starke Dilatation des Coecums zur Folge hatten, während in einem weiteren das Coecum nur hypertrophisch, dafür das Ileum erweitert war. Dadurch wurden die Tumoren bis in die Gegend der Flexura hepatica verlagert, während die in den 3 Fällen von Kolloidkrebs infolge Schrumpfung der Cöcalwandungen der Valvula ileocoecalis anzugehören schienen.

Entsprechend der Häufigkeit ihrer Erkrankung hält Verf. es daher nicht für ausgeschlossen, daß die Pars coeco-colica, entsprechend ihrer Funktion bei den Vögeln und anderen vegetabilisch sich ernährenden und luftatmenden Vertebraten, auch beim Menschen sphincter ähnliche Funktionen zu erfüllen hat. *Mayerle* (Karlsruhe).M

Mathieu, Albert: Traitement chirurgical des colites chroniques graves et des formes graves de la constipation. (Chirurgische Behandlung der schweren Formen von chronischer Kolitis und Obstipation.) Gaz. des hôp. Jg. **86,** Nr. 85, S. 1379—1382. 1913.

Bei den schweren, chronischen Formen von ulceröser und hämorrhagischer Kolitis insbesondere auch bei Amöbendysenterie ist Mathieu auf Grund seiner Erfahrungen und der in der Literatur mitgeteilten Fälle unbedingter Anhänger der Appendikostomie. Sie ist ungefährlich und gestattet, ohne den Kranken wesentlich zu belästigen, eine unbegrenzt lange Lokalbehandlung des Dickdarms durch Spülungen (Wasser, Argentum-nitricum-Lösungen in großen Mengen). Dagegen hält M. eine Coecostomie nur bei impermeabler Appendix für angezeigt. Die Colitis mucosa und membranacea bedarf keiner chirurgischen Intervention; sie ist eine häufige Begleiterscheinung der Neurasthenie und dementsprechend zu behandeln; nicht selten ist sie eine Folge der übertriebenen Anwendung von Klysmen.

Bei den schweren Formen der Obstipation, Coecum mobile und Enteroptose stehen nach Ansicht des Verf. die empfohlenen schweren Eingriffe (Ileo-Transversostomie, Darmresektion) nicht im entsprechenden Verhältnis zur Schwere der Affektion. Berichtet doch Lane über 28 Kolonresektionen mit 25% Mortalität! Mathieu hält auch in diesen rebellischen Fällen von Obstipation — wenn überhaupt eine chirurgische Behandlung gerechtfertigt ist — nur die Appendikostomie für indiziert. *Adler* (Berlin-Pankow).CH

Asman, Bernard: Controllable valvular colostomy in the palliative treatment of rectal carcinoma. (Kolostomie mit klappenartigem, eine Kontrolle der Entleerungen ermöglichendem Verschluß in der palliativen Behandlung des Rectumkrebses.) Internat. journal of surg. Bd. **25,** Nr. 5, S. 170—174. 1913.

Eine Schlinge wird vorgezogen, mit starkem Catgutfaden umschnürt, so daß etwa die Spitze des Zeigefingers noch passieren könnte. Durch doppelte Reihen von Lembert-Nähten werden die beiden Teile der Schlinge in einer Länge von 12—15 cm aneinandergebracht und zugleich eingefaltet. Die Anhäufung der Ring- und Längsmuskeln soll wie ein Sphincter wirken. Dieser Teil wird in die Bauchhöhle zurückgebracht, der draußen befindliche Teil so eingenäht, daß der künstliche Sphincter gerade in die Bauchwand zu liegen kommt. Eröffnung der Schlinge möglichst erst nach 48 Stunden in Form eines T. Die meisten Patienten sollen absolute Kontrolle über ihre Entleerungen haben. *Wiemann* (Kiel).CH

Duval, Pierre: Essai sur les indications respectives de la colectomie intra-abdominale, ou des colectomies extra-abdominales, dans les cancers des côlons.

(Bemerkung über die bei Koloncarcinom maßgebenden Gesichtspunkte, ob intra- oder extraabdominelle Kolektomie auszuführen ist.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 26, S. 1070—1076. 1913.

Die Entscheidung der Frage, ob man das Carcinom des Kolon einzeitig operieren soll oder ob es vorzuziehen ist, die zweizeitige Vorlagerungsmethode auszuführen, macht Duval abhängig vom Allgemeinzustand des Patienten sowie vom lokalen Befunde. Daß man im Stadium des Ileus zunächst sich damit begnügen soll, die Kolotomie auszuführen, wird dabei als allgemein anerkannter Grundsatz vorausgesetzt. Die zweizeitige Operation ist indiziert bei fetten Leuten, Kranken mit schwachem Herzen und unzureichender Nierenfunktion, die auf chronische Intoxikation zurückzuführen ist; diese findet sich überall da, wo eine Überfüllung der oberhalb des stenosierenden Carcinoms gelegenen Darmschlinge vorliegt. Da besteht dann auch eine beträchtliche Inkongruenz der Lumina der beiden Darmschenkel, welche um so gefährlicher für die Naht ist, als die Wand des zuführenden Schenkels dabei spröde und morsch, der stagnierende Inhalt desselben aber besonders infektiös ist. Treffen alle diese Voraussetzungen nicht zu, aber auch nur dann, kann man es riskieren, die einzeitige Operation vorzunehmen. Dann wird auch diese gute Resultate liefern, wobei die Behandlungszeit natürlich erheblich abgekürzt ist. *Herzfeld.*[CH]

Cade, A., Ch. Roubier et J.-F. Martin: Les sténoses non néoplasiques du côlon sigmoïdien et leurs relations avec le mégacôlon. (Die nicht durch Neubildungen bedingten Stenosen des Colon sigmoideum und ihre Beziehungen zum Megakolon.) Lyon chirurg. Bd. **10**, Nr. 1, S. 1—22. 1913.

Ausführliche Beschreibung eines Falles von enormer Auftreibung des gesamten Dickdarms, welche sich bei einer 75jährigen Frau allmählich in einem Zeitraum von 4—5 Jahren entwickelt hatte. Nach Anlegung einer Kolostomie Exitus. Bei der Sektion wurde als Ursache der Dilatation eine 3—4 cm lange Stenose im unteren Teil der Flexura sigm. ohne Tumorbildung festgestellt; die Schleimhaut in dem verengten Teil war frei von Ulcerationen und Narben. Mikroskopisch fand sich eine einfache entzündliche Sklerose sämtlicher Darmwandschichten. Nach ausführlicher Erörterung aller Entzündungsprozesse, welche am Dickdarm zu Stenosen führen können, kommen Verff. zu dem Schluß, daß im vorliegenden Falle eine sichere Entscheidung über die Ursache der Striktur nicht möglich sei, daß aber wahrscheinlich eine abgelaufene Tuberkulose als ätiologisches Moment in Frage komme. Den Schluß der Arbeit bildet eine kurze Darstellung der Hirschsprungschen Krankheit und eine Zusammenstellung der von den einzelnen Autoren aufgestellten Theorien über die Entstehung dieser Erkrankung. *Neupert* (Charlottenburg).[CH]

Wagner, Jerome: Rectal hints. (Allerhand Winke, das Rectum betreffend.) Internat. journal of surg. Bd. **26**, Nr. 6, S. 229. 1913.

Zur Sondierung innerhalb und in der Umgebung des Mastdarms sind silberne Sonden am geeignetsten, zur Besichtigung des unteren Teiles Simsche Specula. Eiterung aus dem Mastdarm kann durch Infektion einer Krypte verursacht sein, die durch Sondierung mit umgebogener Sonde an der Schmerzhaftigkeit und der größeren Tiefe der Krypte erkannt werden kann. Die meisten Erkrankungen des Mastdarms finden sich in den unteren zwei Zoll. Die Schleimhautöffnung innerer Fisteln ist häufig weder mit der Sonde noch bei der Besichtigung festzustellen. Fisteln, deren äußere Öffnung vor der die beiden Sitzbeinhocker verbindenden Linie liegen, haben wegen ihrer oberflächlichen und gestreckten Lage günstige Heilungsaussichten. *Ellermann* (Danzig).[CH]

Norrlin, Lennart: Über subcutane traumatische Milzrupturen und ihre Behandlung. Upsala Läkareför. Förhandl. Bd. **18**, H. 4, S. 215—245. 1913. (Schwed.).

Verf. bringt zuerst eine Kasuistik über 13 bisher noch nicht veröffentlichte Fälle aus 4 schwedischen Krankenhäusern. Gestützt auf seine eigene Kasuistik und auf die bisher erschienene Literatur kommt Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen. Die Anzahl Fälle von Milzruptur, die so zeitig ins Krankenhaus kommen, daß eine erfolgreiche, chirurgische Intervention möglich ist, ist in raschem Steigen begriffen. Alle Chirurgen sollten daher mit der Entstehungsweise und den Symptomen dieser Schäden und der Behandlung derselben wohl vertraut sein. Obgleich pathognomone Zeichen fehlen, kann man gleichwohl in einer großen Anzahl von Fällen eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen. Die Normalmethode bei Laparotomien sollte ein explorativer Medianschnitt sein, von welchem aus ein transversaler Hilfsschnitt durch den linken Musc. rectus angelegt wird. Bei der Rupturbehandlung sollte, soweit möglich, so zu Werke gegangen werden, daß die Milz erhalten bleibt. Die chirurgische Behandlung sollte eine Vervollkommnung der konservativen Methoden erstreben. *Björkenheim.*

Evans, Arthur J.: Acute pancreatitis: its causes, symptoms, and treatment. (Acute Pankreatitis, ihre Ursachen, Symptome und Behandlung.) Brit. med. journal Nr. **2748**, S. 538—539. 1913.

Seidel, H.: Klinische und experimentelle Beiträge zur akuten Pankreasnekrose. (*Stadtkrankenh. Friedrichstadt, u. physiol. Inst., tierärztl. Hochschule, Dresden.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85**, H. 2, S. 239—399. 1913.

Seidel bespricht im ersten Teil seiner Arbeit klinische Erfahrungen, die sich auf 10 Fälle von akuter Pankreatitis stützen.

Die Krankengeschichten der einzelnen Fälle werden ausführlich mitgeteilt. Der Beginn der Erkrankung war stets ein akuter, nur in zwei Fällen waren schon einige Tage zuvor unbestimmte Magen- und Darmbeschwerden aufgetreten. Die Symptome waren die allgemeinen bzw. circumscripten peritonitischen, eine Resistenz fand sich in 6 Fällen entsprechend dem Pankreas. Der Urin war 4 mal eiweißfrei, 6 mal fanden sich Spuren Albumen. Zucker wurde 2 mal in geringer Menge ausgeschieden. Die Reaktion nach Cammidge wurde 4 mal vor der Operation, 3 mal nach der Laparotomie angestellt. Sie war 4 mal positiv, 3 mal negativ. Alkoholismus fand sich in der Anamnese 1 mal angegeben, 2 mal war er wahrscheinlich. Fettsucht fand sich bei 7 Patienten. Gallensteine fanden sich 6 mal, 3 mal sicher nicht, 1 mal fehlen diesbezügliche Angaben. Arteriosklerose fand sich 1 mal. Bemerkenswerterweise entstand die Pankreasnekrose 1 mal infolge Verengerung und Knickung einer G. E. und dadurch hervorgerufener Stauung im Magen und Duodenum. Als Folgezustand war 1 mal der Durchbruch einer subphrenischen Eiterung in die Pleura und eine sekundäre pleurale Pankreasfistel auffallend.

S. unterscheidet drei Formen der akuten Pankreaserkrankungen: eine hämorrhagische Nekrose, eine nekrotisierende Form, bei der die Blutungen mehr in den Hintergrund treten, und eine eitrige Form, in der Nekrosen und Blutungen gemeinsam vorkommen. Diese Formen der anatomischen Einteilung bringt S. in Zusammenhang mit den klinischen Symptomen und weist darauf hin, daß graduell die beschriebenen anatomischen Formen in derselben Reihenfolge der Krankheitsdauer entsprechen und daß das eine Stadium in das andere übergeht. Was die operativen Erfolge anbetrifft, so wurden von den 10 Fällen 3 geheilt und 7 starben. Soweit das Pankreas selber in Angriff genommen wurde, bestand der Eingriff in einer Tamponade und Drainage der Bursa omentalis. Im zweiten Teile der Arbeit werden umfangreiche experimentelle Studien mitgeteilt, die an Hunden angestellt wurden. Die Ergebnisse waren folgende: Die bakterielle Infektion vom Blut- oder Lymphwege aus konnte im Experiment als die Ursache der akuten Pankreatitis nicht bewiesen werden. Auf ebenso schwankender Grundlage stehen nach S. die Ansichten über die Entstehung der Pankreasnekrose nach Embolie, Thrombose, Stase und Anämie. In ähnlicher Weise beurteilt S. die Arteriosklerose der Pankreasgefäße. Durch einfache Stauung des Pankreassekrets kommen keine akuten Nekrosen im Pankreas zustande, sondern nur chronisch entzündliche Veränderungen. Die Umwandlung des Trypsinogens in Trypsin spielt eine wesentliche Rolle in der Frage des Eindringens schädlicher Noxen in das Gangsystem. Solche Noxen können vom Gallengangsystem, nach S.s sorgfältigen Untersuchungen und Versuchen aber auch vom Duodenum in das Pankreas eindringen. Bei der experimentellen Bewertung der einzelnen Bestandteile der Galle und des Duodenalinhalts stellte sich heraus, daß sie sämtlich geeignet sind, eine akute Pankreasnekrose zu verursachen (Bakterien, Galle, nicht neutralisierter Magensaft, Fette, Öle, Seifen, Fettsäuren, Trypsin usw.). Die Einzelheiten der umfangreichen Arbeit müssen im Original nachgelesen werden.

Nordmann (Berlin).[CH]

Harnorgane:

Brandl, Karl: A contribution to the study of ectopia vesicae. (Ein Beitrag zum Studium der Blasenektopie.) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 7, S. 333—339. 1913.

Bericht über 2 Fälle von Blasenektopie. Bezüglich der Ätiologie schließt sich Verf. der Auffassung Duncans an, daß die Ektopie aus einer intrauterin stattge-

habten Ruptur einer vollkommen ausgebildeten Blase hervorgehe. Als bestes operatives Verfahren empfiehlt Verf. die Methode nach Thiersch. *Baetzner* (Berlin).[CH]

Thatcher, Lewis: Case of congenital defect of abdominal muscles, with anomaly of urinary apparatus. (Fall von kongenitalem Bauchmuskeldefekt mit Anomalie des Harnapparates.) Edinburgh med. journal Bd. **11,** Nr. 2, S. 127 bis 134. 1913.

Bei einem an Bronchopneumonie verstorbenen männlichen Säugling, der schon im Leben eine eigenartig schlaffe, runzlige Beschaffenheit der Bauchdecken aufwies, fand sich ein völliger Mangel der vorderen Bauchwandmuskeln und eine große hypertrophische Blase ohne sonstige Entwicklungs- oder sichtliche Entleerungsstörung an den Harnwegen. Verf. glaubt, daß die Entwicklungshemmung der Bauchmuskulatur durch den Druck der primär vergrößerten Blase hervorgerufen wurde. 13 ähnliche Fälle fanden sich in der Literatur. *Hartert* (Tübingen).[CH]

Cohnheim, Otto: Zur Physiologie der Nierensekretion. Mitteilg. 2. (*Physiol. Inst., Heidelberg.*) Sitzungsber. d. Heidelberg. Akad. d. Wiss. Math.-naturwiss. Kl. Abt. B. Biol. Wiss. Abhand. **6,** S. 1—19. 1913.

Verf. suchte an Säugetiernieren, die frisch dem Körper entnommen, durch Ausspülen von den Gefäßen aus vom Blut befreit und zerkleinert waren, festzustellen, ob eine Bindung von Kochsalz und Zucker an die festen Bestandteile der Niere eintrete, und ob diese Bindung eine bestimmte Schwelle erkennen lasse, wie das Magnus schon für die Sekretion des Chlornatrium gefunden hatte. Durch zahlreiche Versuche kam er zum Schluß, daß tatsächlich eine solche Bindung besteht und eine ganz scharfe Grenze für das Kochsalz bei 0,6% festgelegt werden kann; wurde die Niere in NaCl-Lösungen unter diesen Wert gebracht, so wurde nichts gebunden, bei höher konzentrierten dagegen erhebliche Mengen. Ähnliches fand sich beim Traubenzucker, die Grenze lag bei 0,3%. Die Bindung war eine lockere, durch Kochen leicht lösbare.

Verf. neigt zur Ansicht, daß die von ihm gefundenen Vorgänge nicht durch osmotische Prozesse zu erklären seien, weil dann keine ungezwungene Auslegung dafür möglich sei, was der plötzliche Sprung an der Schwelle bedeute, sondern glaubt, daß die Niere durch chemische Bindung, durch Adsorption die Stoffe aus der Lösung fixiere; auf diese Weise komme die Sekretion der Nierenzelle zustande, der zu sezernierende Stoff werde erst an die Zelle chemisch fixiert und dann erst abgegeben. *Lobenhoffer* (Erlangen).[CH]

Gérard, Georges: Sur un cas de solidarité artérielle entre le rein et la surrénale gauches chez l'homme. (Über einen Fall gemeinsamer arterieller Versorgung der linken Niere und Nebenniere beim Menschen.) Bibliogr. anat. Bd. **23,** Nr. 3, S. 301—303. 1913.

Gewöhnlich ist die arterielle Versorgung der Niere und ihrer Nebenniere völlig getrennt. Ab und zu nur haben extrahilare Nierenarterien vor ihrem Eintritt in die Niere Kollateralen zur Nebenniere. Deshalb ist die Erklärung von solchen Fällen im allgemeinen schwierig, in denen Nierentumoren Metastasen in die Nebenniere machten bzw. umgekehrt. Solche Fälle könnten durch einen Befund des Autors erklärt werden.

In seinem Falle bestand zwischen einer abscessierenden Nierenhilusarterie und einem das Parenchym der Niere perforierenden Aste der Nierenarterie eine außerhalb der Kapsel gelegene arkadenförmige Anastomose, von der wiederum ein ziemlich dicker Ast zur Außenfläche der Nebenniere zog. (Auch sonst bestanden bei dem Manne noch arterielle Varietäten.)

Diesen Nierenarterienbefund erhob Verf. nur einmal unter mehr als 300 untersuchten Nieren. Er hält es jedoch für möglich, daß Ähnliches häufiger vorkommt und Wechselmetastasierungen zwischen Niere und Nebenniere zugrunde liegen. *Ruge.*[CH]

Ayres, Winfield, Colon bacillus infection of the kidney. (Die Kolibacilleninfektion der Niere.) Med. record Bd. **83,** Nr. 22, S. 968—970. 1913.

Die Koliinfektion der Niere entsteht ebenso wie die andern Koliinfektionen des Körpers wohl stets auf dem Blutwege. Speziell die Niere ist außer durch ihre eigene Kapsel auch noch durch ihre Fettkapsel gegen einen direkten Übertritt der Bakterien aus dem Kolon geschützt. Prädisponierend für die Niere sind Unfälle und vorher bestehende Entzündung. Bei einer Patientin, welche an einer Kolonpyelitis litt, fand Verf., nachdem die Kolibacillen durch verschiedene Maßnahmen

beseitigt waren, als Grundinfektion der Niere eine Tuberkulose. In einem anderen Fall bestand gleichzeitig Koli- und Gonokokkeninfektion. — Die Diagnose der Koliinfektion muß unbedingt durch Kultur gestellt werden, und zwar nach Katheterisierung der Ureteren. Die Behandlung erfolgt durch Bettruhe und größere Gaben von Hexamethyltetramin. Auch mit Vaccine sind gute Erfolge beobachtet worden. Findet man in den Nierenbecken Residualharn, so muß man Beckenspülungen vornehmen, welche nach Ansicht des Verf. hauptsächlich durch die dabei stattfindende Dilatation des Ureters wirken. Gleichgültig, welches Desinficiens man anwendet. *Kotzenberg* (Hamburg).[CH]

Legueu, F.: La transfusion du sang dans les grandes hémorragies urinaires. (Bluttransfusion bei großen Hämorrhagien aus den Harnwegen.) (*Clin. de Necker.*) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 1, S. 1—14. 1913.

Nach der Stillung schwerer postoperativer oder spontaner Blutungen aus den Harnwegen genügt manchmal die intravenöse Kochsalzinfusion nicht, sie muß durch die Bluttransfusion unterstützt werden, weil der Organismus dringend der Hämoglobinzufuhr bedarf.

Legueu teilt in einer sehr instruktiven ausführlichen Krankengeschichte mit, wie er nach einer sehr schweren postoperativen Blutung (Lithotrypsie) den völlig ausgebluteten Kranken durch Bluttransfusion von der Tochter wiederherstellte, bis er einer interkurrenten Erkrankung unterlag.

Nach Wiedergabe sehr interessanter Daten aus der Geschichte der Transfusion bezeichnet er die von Crile 1909 angegebene Methode der Technik als das einwandfreie, zukunftsreiche Verfahren: es gestattet den Übertritt des Blutes aus der Arterie des Spenders in die Vene des Empfängers, ohne daß das Blut die Berührung des Gefäßendothels verliert. Allein auf diese Weise wird die Gefahr der Gerinnung und der Embolie vermieden. Verwendung artgleichen Blutes verringert die Agglutination und intravasculäre Hämolyse mit ihren Symptomen: Hämoglobinurie, Schüttelfrösten, Kollaps; wenn das Blut des Spenders dasjenige des Empfängers hämolysiert, so werden mehr Blutkörperchen zerstört, als neues Material eingeführt wird, im umgekehrten Falle erhält der Empfänger kein verwertbares Blut, sondern muß sich noch mit den Toxinen der fremden, zugrunde gegangenen Erythrocyten abfinden. — Geschlecht und Alter des Spenders sind gleichgültig. Vorzuziehen ist der „Blutsverwandte" als Spender. Steht ein solcher nicht zur Verfügung, so wäre es theoretisch das Gegebene, Agglutination und Hämolyse vorher in vitro zu bestimmen, aber bei der Gefahr der Situation besteht meist hierzu nicht die Zeit.

Technisch wird die Transfusion so ausgeführt, daß die Art. radialis des Spenders mit einer gut entwickelten Hautvene des Empfängers (Saphena, Vorderarm) Endothel an Endothel anastomosiert wird. Dies kann durch die Carrelsche Naht erreicht werden, besser durch Verwendung der dem Payrschen Ring zur Gefäßanastomose nachgebildeten Elsbergschen Kanüle.

Die Dauer der Transfusion ist abhängig vom Bedürfnis des Empfängers; es ist unrichtig anzunehmen, daß in 30 Minuten etwa 500—600 g Blut transfundieren, die Menge ist vielmehr abhängig vom Blutdruck und der Gefäßlichtung von Spender und Empfänger. Ausschlaggebend ist das klinische Bild, welches beide beteiligten Personen während der Transfusion darbieten: Der Empfänger lebt auf, er bekommt Farbe, der Puls wird kräftiger, die Atmung besser; der Spender wird bleich, er leidet unter Durst und Schwindelgefühl und kann alle Zeichen schweren Blutverlustes aufweisen. Hämoglobinbestimmung während der Operation kann die Dauer der Transfusion beeinflussen. Im allgemeinen unterbreche man den Eingriff nach 20—30 Minuten, je nachdem sich der Empfänger erholt. Ein Übermaß der Blutzufuhr ist zu vermeiden, akute Herzdilatation, Lungenödem und viscerale Blutungen können die Folge sein. Der Zweck der Transfusion nach Hämorrhagien ist vor allem der, sofort genügend Hämoglobin zuzuführen, um den für den Organismus notwendigen Sauerstoff zu fixieren; dann wird durch Zutritt des lebenden Blutes die Gerinnungsfähigkeit gebessert und der Wiederholung der Blutung vorgebeugt und endlich werden

durch das transfundierte Blut die blutbildenden Organe, deren Tätigkeit durch den Allgemeinzustand daniederliegt, zu neuer Arbeit angeregt. *Janssen* (Düsseldorf).[CH]

Ghoreyeb, Albert A.: A study of the mechanical obstruction to the circulation of the kidney produced by experimental acute toxic nephropathy. (Eine Studie über die mechanische Zirkulationsbehinderung in der Niere nach experimentell erzeugter akuter toxischer Nephritis.) (*Harvard med. school, Boston.*) Journal of exp. med. Bd. **18**, Nr. 1, S. 29—49. 1913.

Um auf dem Wege der „Perfusion" den Widerstand zu messen, den eine erkrankte Niere dem zirkulierenden Blut entgegensetzt, hat Ghoreyeb einen sinnreichen Apparat konstruiert, der in der Hauptsache aus einer kleinen durch einen Motor angetriebenen Druckpumpe und einem thermostatenähnlichen Kasten besteht. Der Kasten, dessen Inneres auf Körpertemperatur gebracht ist, enthält ein Gefäß mit der Zirkulationsflüssigkeit, die Niere und ein weiteres Gefäß, in welches die Nierenvene und der Ureter münden. Durch den Motor wird die Flüssigkeit in die Nierenarterie getrieben. Als Versuchsobjekte benutzte G. Kaninchen, als Zirkulationsflüssigkeiten erwiesen sich Blutserum vom gleichen Versuchstier und Adlersche Flüssigkeit am geeignetsten. G. experimentierte zuerst mit normalen Nieren, später mit solchen von Kaninchen, die mit Uraniumnitrat, Chromsäure, Arsen, Kantharidin oder Diphtherietoxin vergiftet worden waren. Bei allen Versuchen wurde eine eingehende histologische Untersuchung vorgenommen.

Ghoreyeb gelangte zu dem Resultat, daß bei all den durch die obengenannten Gifte hervorgebrachten Schädigungen der Niere, namentlich bei der Kantharidinniere eine beträchtliche Behinderung der Zirkulation und Ausscheidung experimentell nachweisbar ist, die um so mehr zum Ausdruck kommt, je intensiver und tiefgreifender die mikroskopischen Veränderungen des Nierenparenchyms (trübe Schwellung) sind. *Saxinger* (München).[CH]

Höhn, Jos.: Über das ätiologische Moment der Heredität bei Nephritis. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 31, S. 1910—1913. 1913.

Anführung einiger Fälle von familiärer Nephritis, die auf eine angeborene, bzw. ererbte Minderwertigkeit des Nierengewebes hindeuten. *Scheidemandel* (Nürnberg).[M]

Newman, David: Renal varix and hyperaemia as causes of symptomless renal haematuria. (Varicen und Hyperämie der Niere als Ursache der symptomlosen Nierenblutungen.) Brit. journal of surg. Bd. **1**, Nr. 1, S. 4—20. 1913.

Die Zahl der Fälle von „funktionellen" und „essentiellen" Nierenblutungen sind dank sorgfältiger Untersuchungen in den letzten Jahren sehr viel spärlicher geworden. Blutung aus einer gesunden Niere gibt es nicht. Der Umstand, daß die Niere beim Sektionsschnitt sei es der lebenden, sei es der exstirpierten keinen Befund ergibt, beweist noch nicht, daß das Organ nicht krank war. Die einzigen Fälle, die heute unter die Bezeichnung von symptomloser Nierenblutung eingereiht werden dürfen, sind solche, bei denen die Blutung bedingt ist durch Varicen in der Niere, durch Kompression oder Torsion der Nierengefäße oder durch kleine Geschwülste der Niere.

Verf. beschreibt 3 Fälle der ersten und der zweiten Gruppe (ausführliche Krankengeschichten, gute Abbildungen). Fall 1 wurde durch Nephrotomie geheilt; bei Fall 2 und 3 genügte diese nicht und mußte die Nephrektomie angeschlossen werden. In Fall 3 hatte sich der Varix im Anschluß an eine Schußverletzung der Niere entwickelt. In Fall 4 handelte es sich um eine bis auf die zuletzt bedrohlich auftretenden Blutungen völlig symptomlos verlaufende Wanderniere, die durch Dekapsulation und Nephrorrhaphie geheilt wurde. Nach der Entfernung der Niere ist mit unbewaffnetem Auge nicht der Grad der vorher vorhandenen Hyperämie festzustellen, doch bei der mikroskopischen Untersuchung kann man in den geraden Harnkanälchen, bisweilen bis an die Basis der Pyramiden heraufreichend, Blut finden, das den in Fall 1, 3 und 4 nachgewiesenen Blutkörperchenzylindern entspricht. Die gewundenen Harnkanälchen und die Glomeruli können völlig normal sein, während die Gefäße der Papille und des Nierenbeckens weit dilatiert sind bis zur Bildung von Varicen. Bei der Diagnose besteht die Schwierigkeit, nicht nur die blutende Seite exakt festzustellen, sondern auch zu erforschern, ob die andere Niere auch wirklich gesund ist. Verf. warnt davor, sich mit einer cystoskopischen Untersuchung zu begnügen, wenn sie auch noch so ausreichend erscheinen mag. Das Operationsverfahren der Nephrotomie (Abbildungen) wird ausführlich geschildert; zur Niereníncision benutzt Verf. ein langes, schmales, dem Tenotom ähnlich gekrümmtes Skalpell, das durch eine Incision am unteren Nierenpol in das Nierenbecken eingeführt wird.

Er kommt zu dem Schlusse, daß bei symptomloser Hämaturie die Nephrotomie

zu empfehlen ist mit Incision der Niere von einem Pol zum anderen, findet man einen Varix, so ist er zu kürettieren oder zu resezieren (Papillektomie); ein Tumor ist zu entfernen. Die Nephrektomie soll nur vorgenommen werden, wenn sie wegen zu großen Blutverlustes durchaus erforderlich erscheint, oder wenn Nephrorrhaphie und Nephrotomie vorher erfolglos ausgeführt worden waren. *Colmers* (Koburg).CH

Peña, Manuel: De la valeur de l'hématurie rénale immédiatement consécutive à une néphrectomie pour tuberculose. (Über die Bedeutung der renalen Hämaturie im Anschluß an Nephrektomie wegen Tuberkulose.) (*Serv. civ., hôp. Lariboisière.*) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 1, S. 43—68. 1913.

Gestützt auf die Zusammenstellung von 22 Fällen vermutet Peña, daß die erwähnte Hämaturie nicht die Folge der Stauung ist, welche die kompensatorische Hypertrophie begleitet. In gewissen Fällen wird sie bedingt durch Tuberkulose der zurückgelassenen Niere, deren Krankheitsäußerungen vor der Operation zu gering waren, als daß sie mit den gebräuchlichen diagnostischen Methoden hätte festgestellt werden können. In anderen Fällen ist die Hämaturie auf Rechnung einer banalen Infektion der zurückgelassenen Niere zu setzen. Und in weiteren Fällen ist die Hämaturie einfach die Äußerung einer hämorrhagischen Nephritis. Da im Augenblick der Hämaturie nicht mit Sicherheit entschieden werden kann, ob diese durch Nephritis oder durch Tuberkulose hervorgerufen wird, ist die Prognose mit großem Rückhalt zu stellen. *Leuenberger.*CH

Oelsner: Zur Pyelotomie. (*Priv.-Klin. Prof. Casper.*) Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 7, S. 535—540. 1913.

17 ohne Fistel geheilte Pyelotomien, unter anderen zweimal bei verästelten und dreimal bei Korallensteinen. 15 Fälle waren infiziert. Das Becken wurde 14 mal genäht, dreimal drainiert. Kleine solitäre infizierte und nicht infizierte Steine im Nierenbecken geben absolute Indikation für die Pyelotomie ab. Bei Solitärniere und doppelseitiger Calculosis wird man ebenfalls an die Pyelotomie denken müssen und sie schließlich auch in einer großen Zahl von verästelten und Korallensteinen in Anwendung bringen können, ev. kombiniert mit einem radiären Parenchymschnitt. *v. Lichtenberg* (Straßburg).CH

Pauchet, V.: Tuberculose du rein. Diagnostic et traitement. (Diagnose und Behandlung der Nierentuberkulose.) Bull. méd. Jg. **27**, Nr. 62, S. 717 bis 718. 1913.

80% der Nierentuberkulosen sind einseitig, ebenso oft positiver Bacillenbefund. In 20% ist gleichzeitig der Ureter erkrankt, er soll deshalb mit entfernt oder mit absolutem Alkohol oder Carbolsäure ausgespritzt und unterbunden werden. Stets soll die ganze Niere entfernt werden (keine Resektion). Wenn die Cystoskopie nicht möglich ist, ist die Freilegung beider Nieren erforderlich. Bei genauer Untersuchung und Indikationsstellung beträgt die Operationsmortalität 6—7%. $^3/_4$ der Nephrektomierten bleiben dauernd geheilt. Die Resultate werden ideal werden, wenn die Diagnosen frühzeitiger gestellt werden. *Frangenheim* (Leipzig).CH

Oraison, J.: Trois cas de tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant. (Drei Fälle chirurgischer Nierentuberkulose beim Kinde.) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 1, S. 15—21. 1913.

Die Häufigkeit der Nierentuberkulose bei Kindern steigt mit zunehmendem Alter. Bei den beobachteten 3 Mädchen von 7, 13 und 15 Jahren waren einmal die häufige Entleerung klaren Harns, einmal die Harninkontinenz bei gleichzeitiger Spondylitis lumbalis und einmal die Hämaturie das Anfangssymptom. In 2 Fällen wurde die Nephrektomie mit gutem Erfolge ausgeführt, der dritte, sehr vorgeschrittene Fall starb unoperiert. Diagnostik und Therapie des Leidens ist dieselbe wie bei Erwachsenen. Die frühzeitige Nephrektomie wird empfohlen. *v. Khautz* (Wien).CH

Gordon, G. S.: Report of a case of renal tuberculosis. (Bericht über einen Fall von Nierentuberkulose.) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 7, S. 340 bis 344. 1913.

Bei allen Fällen von Blasentuberkulose soll der doppelseitige Ureterenkatheterismus ausgeführt werden. *Baetzner* (Berlin).CH

Kelly, Howard A.: The allotment of renal and ureteral stones in shadow diagram of the body. (Die Verteilung der Nieren- und Uretersteine im

Röntgenbild des Körpers.) Old dominion journal of med. a. surg. Bd. **16**, Nr. 5, S. 229—231. 1913.

Verf. glaubt auf Grund von ca. 200 Steinbildern für die Beurteilung folgende Richtschnuren geben zu können. 1. Die Nierensteine liegen oberhalb des Darmbeinkammes und lateral vom Psoasrande. 2. Die Uretersteine liegen im natürlichen Verlauf des Ureters und innerhalb des Psoasrandes. Im Becken liegen sie auswärts und parallel zum Kreuzbeinrande. Der Raum zwischen beiderseitigen Steinen beträgt 2—$2^1/_2$ cm. Sie liegen ferner innerhalb der von der Spitze der Spina ischii nach der Articulatio sacro-iliaca und nach der Symphyse gezogenen Linien. 3. Die Phlebolithen liegen außerhalb der eben genannten Linien. *Hinz* (Lichterfelde).CH

Karo, Wilhelm: Zur Pathologie und Therapie der Nierensteinerkrankung. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 32, S. 1282—1284. 1913.

Betreffs der operativen Behandlung der Nierensteine spricht er zugunsten der Nephrotomie als der Operation der Wahl. Die Pyelotomie kommt nur in Frage, wenn das Röntgenbild mit absolutester Sicherheit das Freisein der Nierenkelche ergeben hat. *Oehler.*CH

Lucas, R. Clement: Mr. Clement Lucas's case of complete calculus suppression of urine (after one kydney had been removed) for which he operated, removing the obstructing stone, alive and well twenty-eight years after, aet. 65. (Ein Fall von Klemens Lucas, bei dem es sich, nach Entfernung der einen Niere, um eine durch einen Stein bedingte totale Harnverhaltung der anderen Seite handelte. Operation, Entfernung des Verschlußsteines; Patientin lebte und ist jetzt, im Alter von 65 Jahren, 28 Jahre wohlauf.) Guy's hosp. gaz. Bd. **27**, Nr. 655, S. 308. 1913. CH

Cathelin, F.: Le rein mobile congénital (sa pathogénie et son traitement chirurgical). (Die kongenitale Ren mobilis. [Pathogenese und chirurgische Therapie].) Paris méd. Nr. **37**, S. 253—257. 1913.

Außer der gewöhnlichen Ren mobilis congenita kann man auch die einfach deszendierte und die in der Fossa iliaca liegende unterscheiden. Da die rechte Niere beim Embryo schon normalerweise tiefer steht als die linke, neigt erstere auch mehr zur Dystopie. Ein zweiter Grund liegt in der fötal verhältnismäßig sehr großen Leber. Trotzdem dieses auch für das männliche Geschlecht zutrifft, findet man die kongenitale Luxation hier sehr selten. Zweifellos spielen beim weiblichen Geschlecht die Größe und Gestalt des Beckeneinganges, sowie die Beckenneigung eine gewisse Rolle. Bestimmenden Einfluß auf die Art der Dystopie hat vor allem die Länge oder Kürze des Stieles. Die Oberfläche der kranken Niere behält häufig ihre embryonale Lappung oder Furchung, die Cathelin durch Figuren veranschaulicht. Die „sekundär kongenital mobile Niere“ beruht auf angeborener Schwäche der Gewebe. Auf die Diagnose leiten der Palpationsbefund und örtliche Schmerzen hin. Letztere beruhen entweder auf Adhäsionen am Hilus oder Zug an den Fasern des Plexus solaris. In einzelnen Fällen liegt die Schmerzursache in einer mehr oder weniger erheblichen Dehnung des Nierenbeckens, die sich pyelographisch nachweisen läßt. Dazu kommen Allgemeinsymptome mehr nervöser Art, oft Erbrechen, und beim Manne, allerdings selten, Schmerzen im Samenstrang. Behandlung ist vor allem erforderlich bei Schmerzen und intermittierender Hydronephrose. Die einzig logische Therapie besteht in der chirurgischen Fixation. Pelotten sind ganz irrationell. Bei allgemeiner Ptosis leistet die Glénardsche Binde ohne Pelotte Gutes. Die Fixation wird am besten nach Hahn-Guyon gemacht. Die Modifikationen des Verfassers werden durch Abbildungen erläutert und müssen im Original nachgesehen werden. *Knoop* (Duisburg).

Moore, James E., and J. Frank Corbett, An experimental study of several methods of suturing the kidney. (Experimentelle Untersuchung verschiedener Nahtmethoden der Niere.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. **6**, S. 860—867. 1913.

Die Schädigung der Niere durch die Incision und durch die nachfolgende Naht sind zwei durchaus verschiedene Dinge. Während im ersten Falle nur die unbedeutenden Schädigungen, die durch die Anämie infolge Verletzung der Blutgefäße entstehen,

resultieren, verursacht die Naht erheblichere Nachteile. So können durch spätere Kalkablagerungen in dem umschnürten Gewebe große Phosphatsteine entstehen. Die Verff. haben verschiedenartige Versuche sowohl der Gewebstrennung als auch der Naht an Nieren von Tieren gemacht. Sie haben nach der Angabe von Cullen mit einem durchgestoßenen Silberdraht die Niere in der „blutleeren Zone" zu durchtrennen versucht. Diese Methode haben sie wegen ihrer Unsicherheit und geringen Kontrollierbarkeit unvorteilhaft gefunden. Sie empfehlen nach vorheriger Abklemmung der Nierengefäße mit Carrelschen Klemmen das Nierengewebe unter peinlicher Meidung der Nierenpole scharf zu durchtrennen. Nach erfolgter Untersuchung empfehlen sie dann mit durchgreifenden Nähten mit feinster Seide unter Vermeidung jeglicher Einschnürung zu nähen. Die Schädigungen waren auf diese Weise denkbar gering, wie aus genauen mikroskopischen Untersuchungen der nach verschieden langen Zeiträumen nach Tötung der Versuchstiere entnommenen Nieren nachgewiesen werden konnte. Die Unschädlichkeit der Abklemmung der großen Nierengefäße haben die Verff. in zwei Versuchsreihen nach ein und zwei Stunden dauernder Abklemmung nachgewiesen. Es ließen sich in den Nieren mikroskopisch nur kurze Zeit dauernde geringe Schädigungen feststellen. Selbst bei Entfernung einer Niere ließ sich funktionell die Unschädlichkeit der Gefäßabklemmung an der gebliebenen Niere beweisen. Die Matratzennaht der Niere wird verworfen, da sie große Gewebszerstörungen verursache. *Ellermann* (Danzig).[OH]

Berne-Lagarde, R. de: Les lésions de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale et leur traitement. (Die Verletzungen des Ureters bei der abdominalen Hysterektomie und ihre Behandlung.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 7, S. 11—38. 1913.

Der Ureter kann bekanntlich bei den verschiedensten Operationen an den weiblichen Genitalorganen verletzt werden. Besonders häufig ist das bei intraligamentär entwickelten Tumoren und der Panhysterektomie wegen Carcinom der Fall. Der Grund der Läsion kann, abgesehen von Unachtsamkeit, in Verlagerung oder Erkrankung des Harnleiters liegen. Infolge der Verletzung (Quetschung usw.) können Fisteln entstehen, oder es kann der Ureter ganz oder teilweise durchschnitten werden. Einfache Verletzungen in der Längsrichtung heilen ohne weiteres nach Naht. Bei Querverletzung ist darauf zu achten, daß durch die Naht keine Stenose entsteht. Es ist praktisch, der queren Schnittverletzung eine kleine Längsincision hinzuzufügen und die so entstehende Raute in der Weise zu nähen, daß man zunächst den oberen mit dem unteren Winkel vereinigt, dann quer näht. Bei vollkommen querer Durchtrennung lassen sich 3 Wege einschlagen: End- zu End-, End- zu Seit- und Seit- zu Seitanastomose. Am besten ist die End- zu Endanastomose mit Invagination (die Verfahren von Pozzi und Antona Robson). Weiter bespricht Verf. dann die verschiedenartigen Einpflanzungen des verletzten Ureters (in die Blase, den Ureter der andern Seite, den Darm und die Haut), ohne Neues zu bringen. Das Normalverfahren soll die Einpflanzung in die Blase sein, wozu die Verfahren von Payne und Ricard empfohlen werden. Im Notfall und bei Fehlen von Pyelitis der kranken Seite, kann man auch durch feste Unterbindung des zentralen Endes Heilung herbeiführen. Die Einpflanzungsverfahren mit Anastomosenknöpfen haben sich nicht bewährt; ebensowenig heteroplastische Operationen mit Blinddarm, Vene oder Arterie. Im äußersten Notfall und bei konsekutiver Pyelonephritis muß man die Nephrektomie machen. Inkomplete Ureterfisteln heilen oft von selbst, bei kompletten ist das Verfahren der Wahl Uretero-Cystoneostomie, intra- oder extraperitoneal, bei Infektion Nephrektomie. *Knoop* (Duisburg).

Rumpel, O.: Cystische Erweiterung des vesicalen Ureterendes. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 7, S. 541—544. 1913.

Rumpel beschreibt einen Fall von cystischer Erweiterung beider Ureterenmündungen. **Bei der Untersuchung stülpten** sich die beiden vesicalen Uretermündungen rüsselförmig in die **Blase vor, entleerten sich, worauf der Sack** kollabierte. Die Operation wurde transvesical ausgeführt **und bestand in** Abtragung der Säcke und Naht der beiden Schleimhautblätter.

Einlegen von Verweilkathetern in die Ureteren. Der Erfolg war gut, die Kranke konnte wieder in normaler Weise Wasser lassen, und der quälende Harndrang war verschwunden.
Kotzenberg (Hamburg).CH

Legueu, F.: L'uretère après la néphrectomie. (Der Ureter nach der Nephrektomie.) Rev. de thérapeut. med.-chirurg. Jg. **80,** Nr. 14, S. 469 bis 474. 1913.

Gewöhnlich und unter normalen Verhältnissen bleibt der Ureter nach der Nephrektomie, in deren Verlauf er unterbunden und versenkt wurde, für etwa 3 Jahre durchgängig und contractil. Dann obliteriert er. Solange er durchgängig ist, verhindert seine stets wahrnehmbare Kontraktionstätigkeit, die der der nierenhaltigen anderen Seite fast gleicht, jede Rückstauung von Urin aus der Blase nach oben. — Krankhafte Zustände seitens des zurückgelassenen Ureters sind 1. eine stets zu beobachtende, leichte, harmlose und in 2 Tagen verschwindende Hämaturie, die von der Ureterligatur ausgeht und dann normalen Urinverhältnissen Platz macht; 2. eine lumbale postoperative Urinfistel. Sie tritt erst auf, wenn die Ureterligatur sich gelöst oder durchgeschnitten hat (meist erst nach dem 7. Tage), sofort nur dann, wenn der Ureter nicht ligiert wurde. Sie schließt sich meist spontan, nur in wenigen Fällen war die totale Ureterektomie nötig. Als Ursache einer solchen Ureterfistel nach Nephrektomie ist eine Erweiterung bzw. Insuffizienz des vesicalen Ureterostiums (kongenitale Anomalie, Ulceration, Tuberkulose usw.) anzuschuldigen. 3. An Stelle der Fistel beobachteten in je einem Falle Escat und Pousson einen am Orte der nephrektomierten Niere befindlichen und sämtliche Symptome einer Pyonephrose machenden Urinabsceß, dessen Inhalt sich intermittierend in die Blase entleerte. In diesen Fällen führte die totale bzw. partielle Ureterektomie zur Beseitigung der Beschwerden, der Urinsymptome und zur Resorption des Exsudates. 4. Nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose persistieren manchmal für Monate Fisteln, die gewöhnlich einem tuberkulösen Ureter zur Last gelegt werden. Das mag ab und zu vorkommen. Meist aber handelt es sich nicht um eine fistuläre Uretertuberkulose, sondern um Herde im zurückgelassenen perirenalen Gewebe. Das Sekret eines tuberkulösen Ureters wird vielmehr blasenwärts abgeleitet und auch der tuberkulöse Ureter obliteriert in einiger Zeit wie der gesunde. — Alle genannten Komplikationen sind jedoch entweder harmlos oder extrem selten. Im ganzen ist vielmehr die Pathologie des zurückgelassenen Ureters äußerst gering. Die Furcht vieler Chirurgen vor ihm ist unnütz. Man schneide ihn eine Strecke unterhalb der Niere durch und verzichte auf alle Versuche, die Wunde vor ihm zu „sichern". *Ruge* (Frankfurt-Oder).CH

Devine, H. B.: The ureter. With special reference to stone in the lower portion and the use of the ureteral catheter. (Der Ureter; mit besonderer Berücksichtigung der Steine im unteren Ureterende und des Gebrauchs des Ureterkatheters.) Austral. med. journal Bd. **2,** Nr. 103, S. 1107 bis 1112. 1913.

An der Hand einer Reihe von Beobachtungen von Ureter- und Nierensteinen, die in kurzen Krankengeschichten und 8 Röntgenbildern wiedergegeben werden, würdigt Verf. den Wert des Ureterkatheters für exakte Stein- und funktionelle Nierendiagnostik. Die Anwesenheit eines Steines braucht noch keine Verlegung der Passage für den Katheter zu bedingen. Erweiterung des Ureters über einem fraglichen Schatten spricht für Stein. Ein Ureterstein kann wachsen.

Eingehende Besprechung erfährt die Ureterfreilegung in seinem unteren Abschnitt. Beim männlichen Geschlecht wird der extraperitoneale Weg bevorzugt, beim weiblichen der transperitoneale. Die bekannte Operationstechnik wird genau geschildert (2 Abbildungen), und Anweisungen zum Auffinden des Ureters gegeben, das bei krankhaften Veränderungen desselben oft schwer gelingt. Nach der Steinentfernung wird der Ureter genäht und die Wunde drainiert. *Hoffmann* (Dresden).CH

Schütze, J.: Über das Wandern von Uretersteinen. Fortschr. d. Med. Jg. **31,** Nr. 36, S. 993—994. 1913.

Simons, Irving: Case of (syphilitic?) ulcer of the bladder. (Ein Fall von [syphilitischem?] Geschwür der Blase.) Journal of the Americ. med. assoc Bd. **60**, Nr. 25, S. 1943—1944. 1913.

Durch Cystoskopie wurde an einem 24jährigen Manne in der Nähe der rechten Uretermündung ein ziemlich großes Geschwür festgestellt und im Trigonum ein kleiner Knoten ähnlich einem noch nicht ulcerierten Tuberkel. Die Wassermannsche Reaktion war positiv. Durch Quecksilber wurde Heilung erzielt. *Kotzenberg* (Hamburg).CH

Caillet, Charles: Some remarks on the diagnosis of vesical complications in appendicitis and other lesions of the abdominal viscera. (Einige Bemerkungen zur Diagnose von Blasenkomplikationen bei Appendicitis und anderen Erkrankungen der Bauchorgane.) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 7, S. 355—360. 1913.

Im Anschluß an eine in die Blase durchgebrochene eitrige Appendicitis können Hämaturie, Blasensteine, Pyelonephritis, Cystitis und Pericystitis mit sekundärer Peritonitis auftreten. Carcinome, Tuberkulose und Aktinomykose des Darms können im weiteren Verlauf in die Blase durchbrechen. Die Cystoskopie klärt meistens den Sitz der Appendix-Blasenfistel auf; zuweilen findet man ein Narbendivertikel der Blase. *Baetzner* (Berlin).CH

Hofmann, Eduard Ritter von: Zur Diagnose und Therapie der angeborenen Blasendivertikel. (*Chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 5, S. 440—452. 1913.

Die operative Beseitigung eines angeborenen Blasendivertikels gelang bisher nur in 13 Fällen. Verf. teilt 3 neue Fälle mit, in einem fand sich am Grunde des Divertikels ein Carcinom. In diesem Falle war eine radikale Operation wegen der Größe des Tumors und wegen fester Verwachsungen nicht möglich. Im zweiten Falle wurde die Divertikelöffnung wegen einer schweren Cystitis bei der cystoskopischen Untersuchung nicht gefunden. Der dritte hatte gleichzeitig ein Carcinom der Prostata. Alle drei Divertikel sind als angeborene aufzufassen, weil die histologische Untersuchung in ihrer Wand dicke Lagen glatter Muskelfasern nachwies. Bei den 3 Pat. traten Blasensymptome erst in späterem Alter auf (erschwerte Miktion, Cystitis). Verf. empfiehlt die radikal operative Beseitigung der Divertikel wegen der ungünstigen Prognose, die palliative Maßnahmen bieten. Je nach Lage des Divertikels kommen in Frage der sakrale Weg mit temporärer Resektion des Kreuzbeines, die extraperitoneale und vaginale Exstirpation, sowie die Sectio alta; bei letzterer ist die Auffindung des Divertikels besonders leicht. *Frangenheim* (Leipzig).CH

Krogius, Ali: Contribution to our knowledge of the so-called congenital diverticula of the urinary bladder and their treatment. (Zur Kenntnis der sogenannten angeborenen Blasendivertikel und ihrer Behandlung.) Urol. a. cutan. rev. Techn. suppl. Bd. **1**, Nr. 2, S. 142—149. 1913.

59jähriger Mann. Mit 30 Jahren stellte sich allmählich zunehmende Erschwerung des Harnlassens ein. Seit $1^1/_2$ Jahren rapide Verschlechterung. Operation ergab ein gänseeigroßes Divertikel hinter dem Fundus, dessen runde Mündung in der Blase hinter der Interureterallinie gelegen war. Bei Füllung des Divertikels, das unten bis hinter den Anfangsteil der Harnröhre reichte, wurde diese verlegt. So erklärt sich die Harnretention. Zunächst Drainage. Dann wird in der zweiten Sitzung die Vorderwand der Blase freipräpariert, die Blase vorgezogen und vorn eingeschnitten. Die Scheidewände zwischen Blase und Divertikel werden mit dem Paquelin durchtrennt. Völlige Genesung. *Burckhardt* (Berlin).CH

Corbineau, Marius: Des indications et des avantages du cathétérisme urétéral à vessie ouverte. (Indikationen und Vorteile des Ureterkatheterismus bei geöffneter Blase.) Médecin pratic. Jg. **9**, Nr. 19, S. 293—295. 1913.

Bei schwerer tuberkulöser Cystitis ist bekanntlich die Cystoskopie und der Ureterkatheterismus nicht möglich. Verf. empfiehlt für diese Fälle die Blase zu eröffnen und dann die Ureteren zu sondieren. Er unterscheidet eine vesicorenale und eine rein-vesicale Form der tuberkulösen Cystitis, je nachdem klinisch irgendwelche Zeichen einer Nierenerkrankung vorliegen oder nicht. Namentlich die letzteren Fälle, ferner solche, bei denen infolge von Geschwüren an den Uretermündungen der Katheterismus nicht möglich ist, oder bei denen aus anderen Gründen die Ureteröffnung nicht gefunden wird, sind für das Verfahren geeignet. Ein weiterer

Vorteil ist auch die Drainage der Blase, welche der Cystoskopie à vessie ouverte zu folgen hat, da die subjektiven Beschwerden dadurch sofort erheblich gebessert werden. *Kotzenberg* (Hamburg).CH

Kuschnir, M. G.: Vorfall der Harnröhrenschleimhaut bei einem Kinde (Intususceptio mucosae urethrae). (*Semstwo-Krankenh., Djedoff.*) Rußkji Wratsch Jg. **12,** Nr. 29, S. 1038. 1913. (Russ.)

Ein 7jähriges Mädchen, das sich vor 1 Jahr beim Fallen eine Verletzung der Genitalien zugezogen hat, erkrankte plötzlich bei einer körperlichen Anstrengung mit Schmerzen im Unterleib und Blutungen. Es fand sich in der Gegend des Orificium urethrae eine kirschgroße, mit ulcerierter und blutender Schleimhaut bedeckte Geschwulst. Nach Vorbehandlung mit 2proz. Lapislösung wurde auf einem in die Blase eingeführtem Metallkatheter die vorgefallene Schleimhaut amputiert, wobei die innere Manschette etwas länger gemacht wurde. Glatte Heilung. *Braude* (Berlin).

Legueu, F., et E. Papin: Technique et accidents de la pyélographie. (Technik und Unfälle bei der Pyelographie.) Arch. urol. de la clin. de Necker Bd. **1,** Nr. 1, S. 12—38. 1913.

Statt der Injektion mit der Spritze, empfehlen die Autoren das Einfließenlassen des Kollargols aus einem in der Höhe verstellbaren Gefäß. Währenddem mit der früher geübten Technik öfters Schmerzen, Fieber, manchmal Koliken und in drei Fällen ein Hineinpressen des Kollargols in das Nierenparenchym, teils nur röntgenologisch, teils bei der Operation festgestellt, doch ohne bleibende Nachteile für die Niere vorkamen, verläuft die Pyelographie mit der neuen Technik stets ungestört. Bei den geringen und vermeidbaren Nachteilen der Methode sprechen große Vorteile für ihre Verwendung, da man dadurch imstande ist, Diagnosen zu stellen, welche ohne ihre Anwendung nicht gemacht werden können, und Diagnosen, welche man durch die Anwendung sonstiger Untersuchungsmethoden gemacht hat, zu ergänzen und berichtigen. Das Anwendungsgebiet der Pyelographie betrifft die ganze Nierenchirurgie. Sie behauptet zwischen den modernen Nierenuntersuchungsmethoden eine wichtige Stelle und hat eine „brillante" Zukunft. *v. Lichtenberg* (Straßburg).CH

Buerger, Leo: Zur Klinik der Operations-Cystoskopie. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1,** H. 5, S. 419—439. 1913.

Verf., der sein Operationscystoskop mehrfach beschrieben hat, beschränkt sich darauf, auf die Bedeutung des Instrumentes für Diagnose und Therapie hinzuweisen. Die endovesicalen Operationsverfahren ermöglichen die radikale Entfernung kleiner Tumoren, Probeexcisionen aus der Blasenwand bei Verdacht auf Blasen- und Prostatacarcinom, sowie auf Blasentuberkulose, die Zerstückelung oder Entfernung kleiner Blasen- und gewanderter Uretersteine mit einem Miniaturlithotryptor, Abschnürung von Papillomen mit der kalten Schlinge, der später die Abtragung der Basis mit einer Kneifzange folgen kann, die Excision von callösen Geschwüren, explorative und therapeutische Incisionen von Cysten und damit die erfolgreiche Behandlung der Ureterocele! Mit dem Instrument können die Ureteren dilatiert und damit eingeklemmte Uretersteine mobilisiert werden. Die verschiedenen Hilfsinstrumente, Zangen, Schlingen, Sonden mit olivenförmigem Ansatz sind abgebildet. *Frangenheim* (Leipzig).CH

Cohn, Max: Die Röntgenuntersuchung der Harnorgane. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 36, S. 1668—1670. 1913.

Kritisches Sammelreferat.

Hough, Theodore: New methods of determining the urea in urine. (Neue Methoden zur Bestimmung des Harnstoffs im Urin.) Virginia med. semimonthly Bd. **18,** Nr. 5, S. 108—110. 1913.

Richter, Paul: Historische Beiträge zur Urologie. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7,** H. 9, S. 735—738. 1913.

Mamma:

Euzière et Roger: Mammite légère au cours d'une fièvre typhoïde. (Leichte Mastitis im Verlaufe eines Typhus.) (Soc. d. scienc. méd. de Montpellier, séance 9. V. 1913.) Montpellier méd. Bd. **37,** Nr. 30, S. 82—84. 1913.

Bei einer 28jährigen Frau mit Abdominaltyphus von sonst typischem Verlauf stellt sich in der dritten Krankheitswoche eine Schwellung und Schmerzhaftigkeit der rechten Mamma ein, die auf feuchte Umschläge sich zurückbildet. Verf. hält die Erkrankung für eine Mastitis, die durch die typhöse Erkrankung hervorgerufen ist. Sie geht meistens wie in dem vorliegenden Falle nicht in Eiterung über und ist häufiger bei Frauen, die mehrmals gestillt haben. *Carl* (Königsberg i. Pr.).CH

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Carini, A.: Di un caso di eccezionale fecondità nella donna. (Ein Fall von außergewöhnlicher Fruchtbarkeit beim Weibe.) (*Istit. Pasteur, São Paulo, Brasile.*) Rass. d'ostetr. e ginecol. Jg. **22,** Nr. 2, S. 74—75. 1913.

Im Staate Minos Geraes (Brasilien) starb jüngst eine 77jährige Frau, welche im Alter von 14 Jahren geheiratet hatte und bis zu ihrem 47. Jahre 44 mal geboren hatte. Davon kamen 17 Kinder ausgetragen und 27 vorzeitig zur Welt (mehrere Fehlgeburten). Ihr Gatte war um 10 Jahre älter und starb mit 87 Jahren. Keine Mehrlingsschwangerschaft. Eine Tochter dieser Frau gebar 19 ausgetragene Kinder und eine Tochtertochter, welche 30 Jahre alt starb, hinterließ 18 Kinder. *Gattormo* (Triest).

Schwarz, Henry: The serodiagnosis of pregnancy. (Die Serodiagnose der Schwangerschaft.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 7, S. 484 bis 486. 1913.

Darlegung der biologischen Grundlagen der Abderhaldenschen Serodiagnose der Schwangerschaft und Mitteilung der vom Verf. mittels der Dialysiermethode erzielten Resultate.

Nach einigen negativen Resultaten auch in Fällen vorgeschrittener Schwangerschaft, die Verf. aber auf fehlerhafte Technik zurückführt, ergab ihm die Methode in 21 Fällen von Schwangerschaft vom 10. Tage nach Ausbleiben der Periode ab, sowie in 5 Fällen im Wochenbett bis zum 15. Tage p. p. sichere positive Resultate, während 18 nicht gravide Fälle jedesmal negative Resultate ergaben. In 8 Fällen wurde die Methode ausschließlich zu differentialdiagnostischen Zwecken angestellt und ergab jedesmal ein richtiges Resultat, wie der klinische Verlauf bzw. der operative Eingriff zeigte.

Da Toxämien in der Gravidität Ausdruck eines Mangels an Schutzfermenten sind, empfiehlt Verf. zum Schluß therapeutisch in diesen Fällen die Injektion von normalem Schwangerschaftsserum. *Vaßmer* (Hannover).

Björkenheim, Edv. A.: Golgi's Apparato reticolare interno in den Placentarepithelien. (*Histol. Laborat., Helsingfors.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100,** H. 2, S. 446 bis 453. 1913.

Das im Jahre 1898 von Golgi in dem Protoplasma der Nervenzellen entdeckte Netzwerk, das von ihm „Apparato reticulare interno" genannt wurde, kann heute als eine allen Zellen zukommende charakteristische Stuktureigentümlichkeit angesehen werden. Björkenheims Untersuchungen beschäftigen sich mit ihrem Nachweis im Syncytium, der bis dahin noch nicht mit Sicherheit erbracht war.

Als Material dienten ihm 3 menschliche Placenten nach ausgetragener Schwangerschaft und eine menschliche Placenta aus dem 4. Schwangerschaftsmonate. Die aus den frischen Placenten gewonnenen Stücke wurden sowohl nach Golgis Arseniksäuremethode als auch nach Cajals Urannitratmethode fixiert (Einzelheiten über dieselben sind im Original nachzusehen).

Er fand im Syncytium, wo keine Zellgrenzen vorhanden sind, am Kerne eine eckige Scheibe mit lichtem Zentrum, die eine ausgeprägte Netzstruktur zeigt und vollständig an den Apparat in den Leukocyten und Bindegewebszellen erinnert. In den Langhansschen Zellen ist der Apparat bedeutend größer als im Syncytium; die Netzstruktur tritt in diesen Zellen deutlicher hervor, und das helle Gebiet in seiner Mitte ist größer. Im Amnionepithel endlich beobachtete er eine Anordnung, die dem Gebilde in den kubischen Zellen der Glandula thyreoidea ziemlich gleich ist. Der Netzapparat liegt hier ringförmig um den Kern herum; die Kanten des Ringes sind uneben, mit kleinen Ausläufern besonders am äußeren Rande. Von allen Hypothesen über den Apparato reticul. int. ist B.s Ansicht nach der jede Hypothese abweisenden Standpunkt Golgis der beste, solange noch nicht genügend Material gesammelt ist. 6 Abbildungen sind der Arbeit zur Illustration beigegeben. *Ebeler* (Köln.)

Hirst, John Cooke: Cases of hydatid mole. (Fälle von Blasenmole.) (Transact. of the obstetr. soc. of Philadelphia, meet. 3. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68,** Nr. 2, S. 333—335. 1913.

Verf. beobachtete 7 Fälle von Blasenmole innerhalb eines Jahres, davon 5 bei Erstgeschwängerten. In 4 Fällen war der Uterus deutlich größer wie der Zeit der Schwangerschaft entsprach. In allen Fällen trat abnormal starkes Schwangerschaftserbrechen auf, besonders

in den ersten Monaten; 4 mal sogar in Form einer echten Hyperemesis gravidarum. Eine Pat. wurde 24 Stunden nach der Ausräumung (in Äthernarkose) plötzlich komatös und später stark ikterisch und starb nach 2 Tagen an akuter gelber Leberatrophie. Die anderen Frauen heilten alle ohne Zwischenfall. Das einzige sichere Zeichen von Blasenmole ist der Abgang von Bläschen. Es besteht dauernde Gefahr starker Blutung. Diskussion: Barton Cooke Hirst teilt einen Fall mit, in dem an Übertragen der Schwangerschaft gedacht wurde. Der Uterusfundus stand jedoch nur kaum bis in Nabelhöhe und es wurde eine Blasenmole ausgeräumt. Noch nicht ganz 6 Monate später starb die Patientin an einem (metastatischen?) malignen Hirntumor. *Lamers* (Amsterdam).

Andérodias, J., et R. Brandeis: Mort du foetus par torsion exagérée du cordon. (Tod des Foetus durch Torsion der Nabelschnur.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 6, S. 389—391. 1913.

Ein Fall im sechsten Schwangerschaftsmonat. Auf einer Länge von 5—6 cm war das kindliche Ende der Nabelschnur schnur- und fadendünn geworden. *Daels* (Gent).

Calderini, G.: Decorso clinico e diagnosi dell'aborto. (Klinischer Verlauf und Diagnose des Abortus.) Arte ostetr. Jg. **27,** Nr. 15, S. 225—232. 1913.

Vortrag in der lombardischen Hebammengesellschaft. *Hofstätter* (Wien).

Carter, J. Hugh: Tubal or extra-uterine pregnancy. (Über tubare oder extrauterine Schwangerschaft.) Southern med. journal Bd. **6,** Nr. 8, S. 521—525. 1913.

Carter erwähnt 6 Fälle von Extrauteringravidität, bei denen er intervenierte, und wo in einem Falle ein reifes Kind vorhanden war. Er befürwortet, bei der inneren Blutung sofort Transfusion von Kochsalzlösung zu machen und glaubt, daß in den meisten Fällen die sofortige Operation das richtigste sei. *Hofstätter* (Wien).

Asch, Robert: Über das Erbrechen der Schwangeren. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 28, S. 1292—1296. 1913.

Verf. sieht in dem Erbrechen keine Krankheit an sich, sondern ein Symptom, das von den verschiedensten ursächlichen Momenten ausgelöst werden kann, recht häufig aber auch nur der Ausdruck einer an sich zweckmäßigen Entledigung des für den gegebenen Zeitpunkt unbrauchbaren Mageninhaltes ist: eine Abwehr gegen Schädlichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit, einen Reflex, keine Neurose oder Hysterie. Eine Behandlung des Erbrechens, vor allem in den Frühstadien, ist geboten, weil so am besten der Eintritt schwerer Hyperemesiszustände vermieden wird. Möglichst muß der Grund für das Erbrechen im Einzelfalle festgestellt werden. Das Hauptkontingent stellen Zustände falscher Ernährungsart: zu geringe Nahrungsaufnahme, zu große Pausen zwischen den einzelnen Mahlzeiten, Überhungertsein u. dgl. Hier wirkt Belehrung und Regelung der Diät, die sich besonders auf die Art und Weise der Zufuhr erstrecken muß. Eine weitere Ursache für das Erbrechen bilden Veränderungen an den Genitalorganen: Myome, Retroflexionen, Hydramnion usw., und ein Reizzustand, der wahrscheinlich vom innern Muttermund ausgeht, der durch Krampf in der Ringmuskulatur das Erbrechen auslöst (Schwellung der Cervicalschleimhaut). Heilerfolge durch Dilatation des Cervicalkanals, ohne daß Abort die unbedingte Folge sein muß. — Eine dritte häufige Ursache des Erbrechens ist eine Pharyngitis, die leicht durch Einträufeln von Argentumlösung beseitigt werden kann. Das Erbrechen tritt hierbei fast stets bei der Morgentoilette auf („Kampf mit der Zahnbürste"). *Harm* (Dortmund).

Oui: Sérothérapie des vomissements graves de la grossesse. (Serumbehandlung bei Hyperemesis gravidarum.) Rev. franç. de méd. et de chirurg. Jg. **10,** Nr. 15, S. 235—237. 1913.

In einem Falle von unstillbarem Erbrechen einer Schwangeren — im 2.—2½ Monate — injizierte Oui 2 mal je 10 ccm Schwangerenserum in Abständen von 4 Tagen. Das Erbrechen sistierte vollkommen. Nach 20 Tagen erfolgt jedoch spontane Ausstoßung von Frucht und Placenta. *Elten* (Charlottenburg).

Kuligin, W. N.: Herpes zoster linguae gangraenosus als Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung. Charkower Med. Journal Jg. **8,** Nr. 6, S. 51—54. 1913. (Russisch.)

Auf Grund von 2 Fällen kommt Verf. zum Schluß, daß Herpes zoster gangraenosus linguae, der die Graviden in bestem Fall in den Zustand des äußersten Kräfteverfalls

und zur Geburt einer nichtlebensfähigen Frucht bringt in die Reihe jener Erkrankungen gestellt werden muß, die die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft abgeben.

1. Fall: 38jährige Frau (Graviditas Mens VII) klagt über Schmerzen in der Zunge und Zahnschmerzen. Nach einiger Zeit trat zu den Schmerzen auch Fieber (bis 38°) hinzu. Kein lokaler Befund. Nach 2 Wochen steigerten sich die Schmerzen so, daß Pat. nichts zu sich nehmen konnte. Jetzt fanden sich auf dem Zungenrücken Bläschen, die zum Teil mit heller seröser Flüssigkeit gefüllt waren, zum Teil aber schwärzlich verfärbt und gangränös aussahen, wobei die Nekrose ziemlich tief in die Substanz gegriffen hat. Die Berührung dieser Stellen war äußerst schmerzhaft. Patientin erzählte, daß auch bei früheren Schwangerschaften ihr die Zähne und die Zunge weh taten, aber nicht in diesem Maße und ohne Bildung von Bläschen. Da die Affektion an der Zunge bis zu den Papillae circumvallatae reichte und diese nicht überschritt, so handelte es sich um eine Neuralgie des Nervus trigeminus, die gewöhnlich dem Herpes zoster vorangeht und den begleitet. Nach 12 Tagen war die Zunge nur noch mit nekrotischen Herden bedeckt. Patientin war äußerst geschwächt und verfallen. Der Vorschlag, die Schwangerschaft zu unterbrechen, wurde von der Pat. abgelehnt. Mittels rectaler Ernährung gelang es, die Frau zu erhalten bis zur spontanen Entbindung am normalen Schwangerschaftsende. Das Kind starb nach einigen Stunden an Lebensschwäche. Gleich nach der Geburt ließen die Schmerzen nach und Pat. konnte allmählich wieder Nahrung aufnehmen. 12 Tage danach war die Zunge nur noch mit kleinen weißlichen Narben bedeckt. In einem zweiten Fall von Herpes zoster linguae im 2. Monat der Gravidität wurde diese durch einen hinzugetretenen Typhus abdomin. bald unterbrochen. *Braude* (Berlin).

Pierra, Louis: Deux observations de fibrome volumineux du segment inférieur, compliquant la grossesse, avec ascension de la tumeur au cours du travail. (Zwei Fälle von großem Fibrom des unteren Uterussegmentes während der Schwangerschaft, mit Aufsteigen des Tumors während der Geburt.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 5, S. 328—332. 1913.

Fall I. 34jähr. I-Para. Bei einer Untersuchung im 2. Schwangerschaftsmonat war von einem Myom nichts bemerkt worden. 3 Monate später wurde ein kindskopfgroßer, myomatöser Tumor hinter dem schwangeren Uterus im Douglas festgestellt. Portio hoch vorne hinter der Symphyse. Fehlgeburt im VI. Monat. Querlage. Infolge der Wehen ist der Tumor spontan in die Höhe gestiegen. Leichte Extraktion des 850 g schweren Kindes in Chloroformnarkose. Gleich nachher hat der Tumor seine frühere Lage im Becken wieder eingenommen. Am 10. Wochenbettstage hat er an Größe noch nicht wieder abgenommen. — Fall II. 26jähr. II-Para. Großes, im Innern weiches Myom im Becken, von der hinteren Fläche des Uterus gleich über der Cervix ausgehend. Kindlicher Schädel über der Symphyse. Wendung und Extraktion. Während der letzteren fühlt man, wie der Tumor nach oben steigt. Nach Austritt des Kindes nimmt er aber sofort wieder seine alte Lage ein.

Verf. hält die abwartende Behandlung dieser Geburtskomplikationen für die günstigste. In den meisten Fällen ist der Austritt des Kindes auf natürlichem Wege möglich. Steißlage ist günstiger wie Schädellage und kommt auch spontan am meisten vor. Bei Schädellage ist Wendung und Extraktion der Zangenoperation vorzuziehen. *Lamers* (Amsterdam).

Geburt:

Boni, A: Sulla cura della placenta previa. (Die Behandlung der Placenta praevia.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Pisa.*) Rass. d'ostetr. e ginecol. Jg. 22, Nr. 2, S. 65—73. 1913.

Bei 68 vom Jahre 1895 an in der Frauenklinik zu Pisa behandelten Fällen betrug die mütterliche Mortalität 5,88%, die der Kinder (abgestorbene vor Beginn der Behandlung nicht abgerechnet) 40%.

Verf. stellt folgende Grundsätze auf: Bei Placenta praevia lateralis genügt in der Regel zur Blutstillung die Sprengung der Blase. Auch in manchen Fällen von Placenta praevia partialis ist dieses Verfahren ausreichend. Bei den übrigen Fällen, wenn die Blutung trotz der Blasensprengung nicht steht, und bei Placenta praevia totalis kommt nur die Schnellentbindung in Betracht. Bei uneröffnetem Muttermund ist die manuelle Dilatation nach Bonnaire die beste Methode. Letztere soll nur bei zu rigider Portio durch die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks ersetzt werden. Verf. sah nie durch die öfters angewandte Methode Bonnaires gefährliche Cervixrisse auftreten. Er möchte ferner den Kaiserschnitt für Ausnahmefälle reserviert halten. *Colombino.*

Essen-Möller, Elis.: Einige Worte über die Eklampsiefrage heutzutage. (Vortrag bei d. Vers. schonischer Ärzte, Helsingborg, 15. VI. 1913.) Allm. svenska Läkartidn Bd. **10**, H. 32, S. 841—852. 1913. (Schwedisch.)

Verf. gibt zuerst einen kurzen Überblick der verschiedenen Theorien über die Eklampsie; seiner Ansicht nach ist die Eklampsie eine Vergiftung, deren Ursache im Ei liegt, welches letztere darum so rasch wie möglich entfernt werden soll. Er hebt die Schwäche der Argumente solcher Verfasser hervor, welche die Bedeutung einer raschen Entbindung bestreiten und einen Rückgang zur alten konservativen Behandlungsmethode anempfehlen.

In 31 Fällen von Eklampsie (Obstetrisch-Gynaekologische Klinik in Lund) hat Verf. bestimmte Angaben über den Zeitpunkt der ersten Krankheitssymptome erhalten können; sie zeigten sich am kürzesten 1 Tag und am längstens 8—9 Monate vor dem Ausbruch der Anfälle; auch in den Fällen von Kindbetteklampsie sind deutliche Symptome der Krankheit wenigstens 10 Stunden vor der Entbindung vorhanden gewesen. Obgleich Verf. decidiert die Eklampsie als eine Vergiftung betrachtet, hat er viele leichtere Fälle spontan verlaufen lassen (25 Fälle von 53). Verf. verfährt individuell; die leichteren Fälle läßt er spontan verlaufen, während er die schweren aktiv behandelt. Bis zum Jahr 1908 war die totale Mortalität = 9,76%. Im Jahr 1913 stieg diese Ziffer bis auf 13,6%. In 63 Fällen von Eklampsie wurden 42 Kinder lebend geboren und 21 tot. 5 Kinder waren von der Geburt tot, ein Kind starb unmittelbar nachher an einer schweren Mißbildung. Resultat: in 57 Fällen 15 tote Kinder = 26,3%. Von diesen wogen 8 unter 2000 g. Und 7 lebensfähige Kinder sind also gestorben = ca. 12%.

Zuletzt bespricht Verf. die Prophylaxe und die Behandlung der Eklampsie, wobei er betont, daß diese Fälle im Krankenhause oder in der Entbindungsanstalt behandelt werden sollten. Verf. kann die Stroganoffsche Behandlungsmethode, welche er irrationell findet, nicht empfehlen. Dagegen zeigt er sich der Aderlaßmethode nicht abgeneigt, obgleich er keine bestimmte Meinung darüber hat, da seine Erfahrungen noch zu gering sind. *Björkenheim* (Helsingfors).

Wochenbett:

Waeber, A., Bericht über 593 Aborte mit spezieller Berücksichtigung der Therapie des fieberhaften Aborts. (*Alexandra-Stift f. Frauen.*) Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **38,** Nr. 14, S. 163—167. 1913.

Da wir heute noch nicht über ein klinisch anwendbares Verfahren verfügen, das die Schädigung des gerade befallenen Organismus durch die vorliegenden Keime zum Ausdruck bringt, so können wir eine bakteriologisch begründete Therapie für die fieberhaften Aborte nicht nutzbar machen. Für die Infektionsgefahr von ausschlaggebender Bedeutung sind weder der bakteriologische Befund noch der Eingriff der Ausräumung, sondern die lokale Disposition. Für diese Anschauung legt das Material W.s (593 fieberfreie und fieberhafte Aborte), das nach den allgemeinen Grundsätzen der aktiven Therapie in Form der möglichst baldigen digitalen Ausräumung ohne Berücksichtigung des bakteriologischen Befundes des Cervicalsekretes behandelt wurde, beredtes Zeugnis ab. Die Resultate, die im einzelnen im Original nachzulesen sind, sind ausgezeichnete und denen der exspektativen Therapie bedeutend überlegen. *Ebeler* (Köln).

Foetus und Neugeborenes:

Rendu, André: Amputations congénitales, partielle à gauche, complète à droite, des deux avant-pieds. (Angeborene Amputation beider Vorderfüße, links zum Teil, rechts total.) (Soc. des sciences méd., Lyon, séance 14. V. 1913.) Lyon méd. Bd. **121,** Nr. 36, S. 390—391. 1913.

Lerda, Guido: Zur Behandlung der Syndaktylie. (*Osped. magg. di S. Giovanni Battista e Torino.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 36, S. 1396—1397. 1913.

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Reano, Mario: La pleurite nei lattanti. (Die Pleuritis des Säuglings.) (*Brefotrofio, Torino.*) Pediatria Jg. **21,** Nr. 8, S. 588—594. 1913.

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band III, Heft 2. S. 33—96

Ergebnisse.

13.

Entwicklung und augenblicklicher Stand der Therapie mit strahlenden Substanzen in der Gynaekologie.*)

Von
Dr. B. Krinski-Freiburg i. B.

Die Gynaekologie bietet der Therapie mit strahlenden Substanzen ein breites Feld. Die bösartigen und gutartigen Tumoren geben neben akuten und chronischen entzündlichen Veränderungen der Adnexe und der Gebärmutter dem Strahlentherapeuten die Möglichkeit, alle Arten ihrer Applikation anzuwenden. Erst in der letzten Zeit jedoch ist die Frage der Radiumtherapie in der Gynaekologie akut geworden. Daß dieses Gebiet erst so spät erobert worden ist, erklärt sich zum großen Teil aus den physikalischen Eigenschaften der Radiumstrahlen. Die beginnende Therapie mit den radioaktiven Substanzen, die Gesamtstrahlung ausnützend, war eine Oberflächentherapie. Daher war es nicht zu verwundern, daß sie bei tiefliegenden gynaekologischen Erkrankungen ohne besonderen Erfolg geblieben ist. Erst die Erkenntnis der Tatsache, daß nach Ausschaltung der weichen Strahlung der übrige bleibende Anteil der harten Strahlen in seiner biologischen Eigenschaft nicht nur nicht verloren, sondern, und zwar hauptsächlich an Tiefenwirkung, wesentlich gewonnen hat, brachte einen großen Umschwung in dieser Richtung. Bevor aber die strahlende Energie Gemeingut der Heilkunde wurde, bedurfte es selbstverständlich großer Vorversuche, um ihre biologische Wirksamkeit nachzuweisen. Es kann aber nicht Ziel dieser Abhandlung sein, alle Forscher, die sich auf diesem Gebiete betätigt haben, zu nennen; nur die für die Gynaekologie grundlegenden und wichtigsten Arbeiten können hier Berücksichtigung finden.

London und Goldberg[68]) haben die Einwirkung der Radiumstrahlung auf die Testikel und Spermatozoen der Meerschweinchen untersucht und gefunden, daß unter Einwirkung von 74 mg Radium bereits nach 2 Stunden eine deutliche Beeinflussung der Beweglichkeit und nach 4 Stunden ein völliges Sistieren derselben zu beobachten war. An den Ovarien konnte London entsprechende Veränderungen feststellen.

Nach systematischen Versuchen von Horowitz ist die Empfindlichkeit gegen Radiumbestrahlung am meisten bei Nervengewebe, lymphatischem Gewebe, bei den Geschlechtsdrüsen und bei der Leber ausgeprägt. Die Schädigung der Gefäße spielt nach seiner Ansicht in der Radiumwirkung eine große Rolle und betrifft hauptsächlich das Endothel. Bei intensiver Bestrahlung ist eine Erweiterung der Gefäße mit Schwellung der Endothelien und Extravasaten zu beobachten.

Hertwig[33]) ist es gelungen bei der Bestrahlung von Eiern bei Rana fusca und Strogylocentrotus interessante wachstumshemmende und fördernde Einflüsse des Radiums feststellen. Zu den verschiedenen physikalisch-chemischen Veränderungen an den mit Radium bestrahlten Zellen gesellen sich die histologischen. Mills[45]) fand an der Leber mit Radium bestrahlter Mäuse eine Koagulationsnekrose an der Applikationsstelle. Hieraus entwickelte sich eine diffuse parenchymatöse Entzündung (Frühreaktion) und ein interstitieller scirrhusähnlicher Prozeß (Spätreaktion). Die von Exner[21]) angestellten Versuche an Mammacarcinommetastasen haben gezeigt,

*) Aus der Universitäts-Frauenklinik Freiburg i. Br. (Direktor: Geheimer Hofrat Prof. Dr. Krönig).

daß eine halbstündige Bestrahlung genügt, um in der Cutis gelegenen Carcinomknoten zur Rückbildung zu bringen; die histologische Untersuchung ließ mit Sicherheit erkennen, daß das physiologische Wachstumsverhältnis zwischen Carcinomzelle einerseits und Bindegewebe andererseits gestört ist, so daß die Proliferationsfähigkeit des Bindegewebes nun auch die des Carcinoms übertrifft. Prado Togle[51]) hat mit Radiothorium einige Versuche gemacht, bei denen es ihm gelungen ist, das Bild einer wirklichen Entzündung hervorzurufen. Wickham und Degrais[61]) haben histologische Studien an einem atypischen Epitheliom der Mamma gemacht, das am zehnten Tage nach 48stündiger Anwendung von 19 ctg reinem Radium exstirpiert wurde. Histologisch waren regressive Veränderungen bis zu einer Tiefe von 9 cm festzustellen. Das Interessanteste war, daß die gesunden Zellen unverändert geblieben sind, auch wenn sie oberflächlicher lagen als veränderte Carcinomzellen, also der Bestrahlung mehr ausgesetzt waren als jene: ein sicherer Beweis für die elektive Wirkung des Radiums. In diesen Versuchen ist die ganze Begründung der Radiotherapie bösartiger Tumoren ausgesprochen. Es lag nahe, gerade an diesen die Wirkung der strahlenden Substanzen versuchen zu wollen, da hier die vorhandenen therapeutischen Maßnahmen sehr unterschiedliche Resultate gaben.

Von den wenigen Autoren, die versucht haben, mit ungefilterten oder ganz schwach gefilterten Strahlen die Carcinome zu beeinflussen, und dabei gewisse Erfolge gesehen haben, sind Wickham[59]) und Oudin[48]) in Frankreich und Friedländer[29]), Mühsam[41]), Arendt[1]) und Pinkus[49]) in Deutschland zu nennen. Mühsam verwendete eine zylindrische Bleikapsel, deren Wandung aus 5 mm Blei bestand. Seitlich befand sich eine 5 mm breite, die ganze Länge einnehmende Öffnung. Diese Öffnung war mit Marienglas verschlossen und diente als Austrittspunkt der Strahlung. Friedländer[29]) umgab das Mesothorium mit einer Glimmerkapsel oder 0,5 mm dickem Silberblech und erhöhte die Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut dadurch, daß er die Mesothoriumkapsel in mit Adrenalin durchtränkte Watte einwickelte und dadurch eine Anämie der Schleimhaut erzeugte.

Die von diesen Autoren angegebene Therapie konnte sich aber aus besonderen Gründen nicht allgemein einbürgern. Die irretierende Wirkung der α- und β-Strahlen, wie sie für die Schleimhaut von Friedländer[29]) näher beschrieben wurde, neben der geringen Durchdringungskraft dieser Strahlen bei den ziemlich tiefliegenden gynaekologischen Tumoren führte dazu, daß eine Reihe von Autoren sich direkt gegen die Radiumtherapie in der Gynaekologie wandte. So wollen Routier und Guinard[51]) beobachtet haben, daß die anfängliche Besserung, die nach Radiumanwendung bei Carcinom auftritt, leicht eine Generalisation der Tumoren nach sich ziehe. Monod kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Überzeugung, daß das Radium weder die Bildung der Metastasen noch das Fortschreiten tiefliegender bösartiger Neubildung hindern kann. Champonière[17]) glaubt, daß man mit dem günstigen Urteil über die Wirkung des Radiums bei Krebs voreilig gewesen sei. Schwartz, Ricard und Nélaton[17]) sind derselben Ansicht, während Morestin[73]) sogar bei seinen Fällen die Erfahrung machte, daß bei der Radiumanwendung die Kranken nicht nur keinen Vorteil gehabt haben, sondern durch den Zeitverlust die Zeit zu einer ausgedehnten Exstirpation versäumt war. Es ist durchaus begreiflich, daß diese Bestrahlungsart für die ziemlich tiefliegenden gynaekologischen Tumoren ohne besonderen Effekt blieb. Die Tiefenwirkung hängt ja vollständig von der Absorptionsfähigkeit des bestrahlten Gewebes ab. Wichmann[74]) konnte feststellen, daß durch eine 4 mm dicke menschliche Haut zwei Drittel der Gesamtstrahlen absorbiert werden; derselbe Autor fand bei einem 2 cm unter der Epidermis gelegenen Carcinom nur $^1/_{127}$ der ursprünglichen Bestrahlung vor. Da aber in einem Radiumpräparat die α- und β-Strahlung den Hauptanteil eines Strahlengemisches ausmachen (die γ-Strahlen machen nach der physikalischen Untersuchung nur etwa 1% der Gesamtstrahlung aus), so war es bei der geringen Durchdringungskraft der weichen Strahlen nicht zu verwundern, daß

die Bestrahlung mit ungefilterten Präparaten ohne wesentlichen Erfolg geblieben ist. Um sich von diesem schädigenden Strahlenanteil zu befreien, benutzte Dominici[75]) Tuben, deren Wanddicke $^5/_{10}$ mm Gold oder $^4/_{10}$ mm Blei betrugen. Dominici und Barcat[76]) stellten nun an einer großen Reihe von Versuchen die geringe Schädlichkeit der durch dieses Filter durchdringenden ultrapenetrierenden Strahlen fest, trotzdem die Strahlen an ihren biologischen Eigenschaften nicht eingebüßt haben. Zu ähnlichen Resultaten kamen Chéron und Rubens-Duval[7]). Es ist beiden Autoren mit den ultrapenetrierenden Strahlen gelungen, in Fällen von inoperablem aber noch lokalisiertem Carcinom des Collum uteri und der Vagina eine Rückbildung und eine bedeutende Besserung der Krankheit zu erzielen. Auch Forsell[10]) behandelte 38 Carcinome nach der Methode von Dominici mit gutem Erfolg. Chéron und Rubens-Duval[8]) haben diese Methode bei 50 Kranken angewandt und glauben, daß man bei Anwendung von 20—25 ctg Radium bei inoperablem Carcinom sehr beträchtliche Besserungen erhalten kann.

Eine weitere Verbesserung der Radiumbehandlung stellt das von französischer Seite eingeführte (Wickham und Dégrais) Kreuzfeuer dar, bei dem die Radiumstrahlen von verschiedenen Richtungen her in das Gewebe eindringen. Nahmmacher[77]) hat die Kreuzfeuermethode an einer großen Zahl von Kranken ausprobiert; in 22 Fällen von inoperablem Uteruscarcinom konnte er ganz auffallende und langdauernde Besserungen erreichen, die vor allem darin bestanden, daß Blutung und Jauchung bald beseitigt waren. Er ging dabei auf die Weise vor, daß er gleichzeitig von der Vagina und vom Rectum aus bestrahlte. Seine Beobachtungen erstrecken sich bisher über 3 Jahre. Er bestrahlt seit längerer Zeit jeden Carcinomkranken nach der Operation 3 Wochen lang prophylaktisch und sah bezüglich der Rezidivfreiheit ausgezeichnete Resultate. Er sieht in der Radiumtherapie keine konkurrierende, sondern eine ergänzende Methode für die Radikaloperation. Wickham und Dégrais[61]) haben im ganzen bei etwa 600 Fällen der verschiedensten malignen Tumoren die Radiumbehandlung angewandt. Sie benutzten Röhrchen mit durchschnittlich 10—20 mgr Radiumbromid. Die Dauer der Bestrahlung erstreckte sich auf 10—20 Stunden täglich im Verlaufe von 5—10 Wochen. Bereits nach einer Woche konnte eine Bindegewebsneubildung an den bestrahlten Geschwülsten festgestellt werden. Erst von der zweiten Woche an konnte man aber eine Schädigung der Geschwulstzellen (Vakuolenbildung und Kernteilung) nachweisen. Bei den schwer zugänglichen Tumoren konnten sie keine nennenswerten Resultate erzielen, sahen dagegen bei inoperablen, aber leicht zugänglichen Tumoren sehr günstige Resultate.

Heinatz[11]) hat 19 Carcinomkranke behandelt und fand, daß dort, wo infolge der starken Ausbreitung des Prozesses oder der Erkrankung anderer Organe die Fälle als inoperabel betrachtet werden mußten, Radium noch imstande war, Resorption oberflächlicher Exsudate und Heilung der Geschwüre zu erzeugen, wodurch die Lebensdauer der Kranken verlängert werden konnte. Finzi[25]) hat ebenfalls eine größere Anzahl von Fällen mit Radium behandelt. Es gelang ihm, bei 12% der Fälle ein Verschwinden der Tumoren zu erzielen; in 62% verschwanden unter der Behandlung die Schmerzen und nur 25% blieben unbeeinflußt. Er ist der Ansicht, daß diese günstigen Resultate nur mit ganz großen Mengen zu erzielen sind. Die Notwendigkeit der Anwendung von größeren Radiummengen haben wir auch schon in den Arbeiten von Chéron, Rubens-Duval betont gefunden. Exner[21]) ist mit dem Radium ebenso zufrieden und sieht darin ein Mittel, das uns die Möglichkeit gibt, in den inoperablen Fällen von Carcinomen oft die überraschendsten Erfolge zu erzielen; er gibt mehrere Fälle an, wo die Erfolge dauerhaft waren. Schücking[79]) konnte dagegen schon mit ziemlich kleinen Radiummengen einen Erfolg erzielen. Er verwandte nur 3 mg RaBr2 in 2 Kapseln von 1 und 2 mg bei einem Carcinom, das Scheide, Uterus und Beckengewebe schon ergriffen hatte; die Wirkung des sich auf 5 Wochen erstreckenden Versuches war eine Zerstörung der gesamten Oberfläche des Carcinoms, bis in das

gesunde Gewebe hinein. Der jauchige Zerfall hörte auf und narbiger Verschluß trat ein. Auf die ganz eminente schmerzstillende Wirkung des Radiums bei der Behandlung von Uteruscarcinom weist Simonson hin, dem sich in dieser Hinsicht Schücking[79]), Nahmmacher[43]), Czerny[15]), Bayet[80]) und Fabre[22]) anschließen. Czerny[15]) ist der Ansicht, daß sowohl das Radium wie die Röntgenstrahlen die Geschwulstzellen elektiv zerstören; nicht operable Fälle werden nach seiner Ansicht durch die Radiotherapie operabel gemacht. Butscher[5]) sieht den großen Vorzug der Radiumtherapie darin, daß die Zerstörung des kranken Gewebes ohne Eröffnung der Blut- und Lymphbahnen geschehen kann, wodurch die Verschleppung der Geschwulstpartikelchen in den Körper verhindert wird. Der Autor warnt vor zu langer einmaliger Bestrahlung, weil dadurch schwer heilende Radiumgeschwüre entstehen können; er gibt leider nichts Näheres über die von ihm verwendeten Filter an. Über einen sehr interessanten Fall berichtet Littauer[38]) in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie; er demonstrierte einen wegen Carcinom mit Radium bestrahlten Uterus, der nach Abheilung durch Totalexstirpation gewonnen wurde, und in dem mikroskopisch kein Zeichen des ursprünglichen Carcinoms nachzuweisen war. Ségond[31]) erwähnt, daß er zwar noch keine Heilung, aber doch bedeutende Besserung bei Behandlung von Uterus-, Zungen- und Brustcarcinomen gesehen hat. Tuffier[31]) und Schwartz[31]) drücken sich ebenso aus. Letzterer beschreibt 2 Fälle von inoperablem Uteruscarcinom, die eine wenigstens scheinbare, seit Monaten anhaltende Besserung nach Radiumbehandlung aufweisen.

Eine Modifikation der Radiumtherapie bringt Arendt[2]), der statt Radium Uranpechblende, das Ausgangsprodukt des Radiums, verwendet. Die Dauer der Bestrahlung soll die Intensität kompensieren.

Er gebraucht das Mittel in Condomfingerlingen in verschiedener Größe und Weiche. Die auf diese Weise eingepackte Uranpechblende, die neben den Radiumstrahlen auch Aktinium und Polonium enthält, wird direkt an die zu beeinflussende Stelle gebracht. Die Uranpechblende würde aus finanziellen Gründen sich leicht in die Therapie einbürgern können, wenn man von ihrer Wirkung völlig überzeugt wäre. Die von Arendt[1])[2]) beschriebenen günstig beeinflußten Fälle sind jedoch an Zahlen zu klein, als daß man aus ihnen bindende Schlüsse ziehen könnte.

In der letzten Zeit hat man hauptsächlich in Deutschland das von Hahn entdeckte Mesothorium, ein Spaltungsprodukt des Thoriums in größerem Maße zur Bestrahlung herangezogen. Es war natürlich naheliegend, die Mesothoriumstrahlen den Radiumstrahlen gleichzusetzen. Sticker[55]), der sich mit dieser Frage beschäftigte, glaubt dem Radium stärkere Tiefenwirkung zusprechen zu müssen. Er meint, daß bei der Radiumbestrahlung die Nekrobiose, bei der Mesothoriumbestrahlung aber die exsudativen Prozesse in den Vordergrund treten. Pinkus[49]) gibt dem Mesothorium dort den Vorzug, wo es sich um stärkere Ausnützung der α-Strahlen handelt.

Die Freiburger Frauenklinik hat das Mesothorium auf seine Tiefenwirkung an zahlreichen Tierversuchen ausprobiert und hat dabei derartig günstige Erfolge mit den γ-Strahlen des Mesothoriums erzielt, daß sie sie auch bei einer großen Zahl von Kranken angewandt hat. Auf der XV. Versammlung der Deutschen Gynaekologen in Halle berichtete Krönig[36]) über 46 mit Mesothorium behandelte Carcinome. In 18 Fällen konnten auch die tiefgehenden Excisionen kein Carcinom mehr nachweisen. 5 Fälle entzogen sich der Behandlung, 7 sind an interkurrenten Krankheiten gestorben, während sich die übrigen noch in Behandlung befanden. Das Wesentliche der Freiburger Technik besteht neben der Verwendung von ganz harten Strahlen, auch in Anwendung von zeitlich konzentrierten großen Mesothoriummengen, wie sie bis dahin in der Literatur unbekannt waren (800 mg und mehr auf einmal).

Auf demselben Gynaekologentag berichtete Döderlein[69]) über einen geheilten Fall von Portiocarcinom und demonstrierte zur Bekräftigung seiner Ausführungen die zugehörigen mikroskopischen Präparate. Bumm[70]) berichtete ebenda über 7

gebesserte Fälle von Genitalcarcinom. Allerdings gingen von diesen 7 Fällen 2 an den Folgen der Bestrahlung zugrunde, da die anscheinend zu schwach gefilterte Bestrahlung starke perforierende Verletzungen setzte.

Krömer[65]) berichtete über 22 Fälle von meist inoperablen Tumoren, welche mit Mesothorium und Röntgen bestrahlt worden sind. In 9 Fällen von Collumkrebs und 2 Korpuscarcinomen konnte er eine Besserung im Sinne der Operabilität erreichen. Die Wirkungsdauer der durch Aluminium und Silber gefilterten Strahlen betrug 3000—7000 mg Stunden.

Die Behandlung wurde durch Thorium-X, das per os, intravenös in Salben oder Pulverform verwendet wurde, unterstützt.

Auch Wanner[63]) teilte einen gebesserten Fall eines Zylinderepithelcarcinoms des Septum rectovaginale mit. Heynemann[66]) berichtet über 2 gebesserte Fälle von Cervixcarcinom.

Neben der Bestrahlung mit Radiumsalzen wurde von verschiedenen Seiten das sog. „kombinierte Verfahren" empfohlen. Dieses besteht in der gleichzeitigen Anwendung von Bestrahlungen und Radiumkompressen, Injektionen, Schlamm usw. Pinkus[50]) hat eine Kombination der Mesothoriumbestrahlung mit der intravenösen oder intratumoralen Einverleibung von Thorium-X versucht; auch die Trinkkur wurde von ihm dabei angewandt. Die Resultate waren recht günstig, jedoch konnte der Autor nicht mit Sicherheit sagen, welches von den von ihm angewandten Mittel die Besserung herbeigeführt hatte. Brieger machte Versuche mit einer Kombination von Mesothoriumbestrahlung und Pankreatingaben und berichtet über günstige Erfolge.

Czerny und Caan[18]) haben die Behandlung der bösartigen Tumoren allein mit Thorium-X versucht und berichten zuerst über ausgezeichnete Erfolge. An einer anderen Stelle jedoch äußert sich Czerny den Einspritzungen gegenüber etwas mißtrauisch; er sagt, daß die verwendeten Präparate entweder zu schwach, oder wenn sie sehr hochwertig genommen werden, zu wertvoll seien, um sie auf solche Weise zu verschwenden. Nach Charles Morton[46]) innerlicher Anwendung von Radium-Emanation zeigte sich keine Wirkung. Nahmmacher[43]) verwendet zu Injektionen nur Radiumbromid und keine Bariumpräparate, weil diese von schmerzhaften Folgen und vielfach von Schüttelfrösten begleitet waren. Die gleichzeitige Kombination der verschiedensten Radiumpräparate (Radiogenol, Radiol, Radiogenkissenumschläge usw.), verwendete Caan[13]) bei 130 Fällen. Bei ca. 50% hatte die Behandlung keinen nennenswerten Erfolg. Der Verf. glaubt, daß die Resultate der kombinierten Behandlungsmethode weit günstiger sind als die der alleinigen Radiumbehandlung. In demselben Sinne äußern sich auch Laquerrière und Guilleminot[40]), die die therapeutische Wirkung durch Applikation von radioaktiven Substanzen auf das Abdomen verstärken. Radioaktiver Schlamm fand schon seit längerer Zeit in der Frauenheilkunde Verwendung, sei es in der Form von Fangopackungen, sei es in der Form von Schlammsitz- oder Vollbädern, wie sie besonders von Fabre[22]) [23]) [24]) empfohlen werden.

Außerdem werden noch Tampons mit Radiumschlammverdünnungen oder Spülungen mit solchen Lösungen angewandt. Mit den aus Radiol hergestellten Globuli vaginales und Radiolgazen sollen bereits bei Uteruscarcinom günstige Erfolge erreicht worden sein. Schließlich wäre auch noch das von Eichholz[19]) angegebene Bleibeklystier (200 g Wasser, mit 1000—2000 Macheeinheiten beladen werden, per rektum appliziert und vom Darm aus sehr rasch resorbiert) zu erwähnen, das infolge seiner praktischen Anwendung sich sehr rasch in der Therapie der gynaekologischen Erkrankung einen Platz verschafft hatte.

Als abschließende Zusammenfassung der bisherigen Erfahrungen über den therapeutischen Wert der Krebsbehandlung mit strahlenden Substanzen können wir am besten die Rede Czernys auf der Internationalen Vereinigung für Krebsforschung 1911 anführen. Czerny stellte den Satz voran, daß das Messer nun und nimmermehr das A und O der Krebstherapie sein könne. Die Hoffnung, durch frühzeitige Diagnose

und frühzeitiges Operieren allein eine Heilung der Krebskrankheiten herbeizuführen, hätten sich in zahlreichen Fällen als trügerisch erwiesen, so daß die Anwendung anderer Mittel, wie Röntgenstrahlen, Radiumstrahlen, Fermente und Serum als notwendig erwiesen wären. Die Therapie des Krebses sei nicht mehr alleiniges Feld der Chirurgen, sondern eine kombinierte Kunst geworden, welche zwar auch auf diese Weise nicht immer zur Heilung führe, aber doch vieles durch Verbesserung des Krankheitszustandes und durch Hebung des subjektiven Wohlbefindens der Kranken leisten könnte.

Erst relativ spät nach der Entdeckung des Radiums hat man versucht, auch die anderen gynaekologischen Erkrankungen mit Strahlenbehandlung anzugreifen. Dieses Gebiet schien allerdings viel aussichtsreicher zu sein; die Angaben der einzelnen Autoren lauten denn auch viel hoffnungsvoller als bei der Therapie der bösartigen Tumoren. Bereits im Jahre 1900 berichten Oudin und Verchère[48]) über die blutstillende Wirkung des Radiums bei Myomen und Metropathien. Ob die Einwirkung der Strahlen auf die Gefäße oder auf die Myomzellen stattfände, lassen die Autoren noch unentschieden. Essen-Möller[20]) führt einen Teil der Radiumwirkung auf den veränderten Blutgehalt in den Myomen zurück. Er behauptet weiter, daß Radium nachwirke, daß man also auch noch eine fortgesetzte Besserung wahrnehmen könne, nachdem die direkte Applikation vorüber war. Friedländer[29]) trennt die Myompatientinnen scharf nach dem Alter; während die Myome älterer Frauen besonders radiosensibel sind, ist die Wirkung bei jüngeren Frauen nur eine vorübergehende. Er glaubt, daß die Amenorrhöe und Schrumpfung des Tumors auf das Aufhören der Ovarialfunktion zurückzuführen ist. Die eintretenden Ausfallerscheinungen sind infolge des allmählichen Einflusses der Bestrahlung viel geringer und viel weniger stürmisch als nach der operativen Kastration. Derselbe Autor berichtet auch über eine Anzahl Metrititen bei jüngeren Frauen, die er zu beeinflussen versucht hat. Dabei ging er folgendermaßen vor. Eine Mesothoriumkapsel mit Adrenalin durchtränkter Watte wurde in gynaekologischer Lage unter Leitung des Auges in den Fornix vaginae posterior geführt und nach Entfernung des Speculums möglichst nahe an das Ovarium gebracht. Auf diese Weise ist es ihm in mehreren Fällen gelungen, Uterusblutungen zum Stillstand zu bringen. Chéron[9]) berichtet über das Sistieren der Blutungen und Kleinwerden der Fibrome in den von ihm beobachteten Fällen. Allerdings legte er eine ganze Anzahl von Einschränkungen auf. Nur kleine, interstitielle Myome unter Vorbehalt der Anterversionslage des Uterus, Uterusmyome entsprechend dem im dritten Monat graviden Uterus, haben nach seiner Ansicht Aussicht auf Erfolg. Größere Myome konnte der Autor nicht zur Schrumpfung bringen genau so wie starke Anämie, abundante Blutungen und jugendliches Alter der Patientinnen nach Chéron[9]) eine strikte Kontraindikation der Radiumtherapie bilden. Lasquerrière und Guilleminot[40]) sind der Ansicht, daß neben der Beeinflußung der Ovarien auch die Gefäße der Neubildung ebenso wie die jungen proliferierenden Zellen von den Strahlen mit getroffen und dadurch zur Rückbildung veranlaßt werden. Wickham und Degrais[61]) konnten bei einigen Fällen von Menorrhagien die hämostatische Wirkung der Radiumstrahlen bestätigen. Fabre[22]) konnte in 3 Fällen von Korpusmyomen deutliche Besserung mit Strahlen oder mit Schlammbehandlung erzielen. Haret[32]), der nur die Gegend der Ovarien bestrahlt, konnte bei einer Frau mit 45 Jahren in 2 Monaten Genesung von Blutungen und eine Verkleinerung des Uterus feststellen. Gauss und Krinski[81]) berichten über 30 mit Mesothorium geheilte Fälle von Myomen und Metropathien, wobei sie im Gegensatz zu den französischen Autoren auch die größten Myome zur Schrumpfung bringen konnten. Die von ihnen benützte Technik bestand darin, daß größere Mengen von Mesothorium (50—100) in Blei oder Goldfilter von 1—2 mm Dicke intrauterin, intracervical oder vaginal mit einem besonders in Freiburg konstruierten Instrumentarium eingeführt wurden. Die Applikationsdauer der Kapseln belief sich auf ca. 176 Stunden bei einer Gesamtbehandlung von 6—8 Wochen. Als Wichtigstes ist wohl dabei zu bemerken, daß die von Chéron aufgestellten Kontraindikationen sich nicht als stich-

haltig erwiesen haben. Weder jugendliches Alter, noch starke Blutungen haben den Verlauf der Heilung ungünstig beeinflussen können.

Voigts[64]) berichtet über 9 geheilte Fälle von klimakterischen Blutungen und 7 Fälle von Menorrhagien bei Metritis. Bei Myomen hat er leider unter 8 Fällen 3 Mißerfolge zu verzeichnen. Er benutzte Mesothoriumröhrchen von 20—50 mg, die in Silber oder Bleifilter von 0,08—1,0 mm Dicke eingehüllt waren. Auch auf dem Gebiete der akuten und chronischen entzündlichen Veränderungen der Adnexe und Parametrien wird über günstige Resultate mit der Strahlenbehandlung berichtet. Salzmann[57]) hat bei Erkrankung der Uterusschleimhaut und Salpingitiden die Radiumtherapie mit gutem Erfolge angewandt. Fraenkel[28]) berichtet über den Rückgang eines parametritischen Exsudates und Besserung der Kreuzschmerzen unter Anwendung von Schlammsitz-, Radiogen- und Radiogenalvollbädern. Namentlich Chéron[6]) berichtet über größere Erfolge auf diesem Gebiete. Die Wirkung ist im allgemeinen eine sehr schnelle. Als besonders wichtig teilt Chéron mit, daß es ihm gelungen ist, Salpingitiden und Oophoritiden zur Ausheilung zu bringen, ohne die Ovarialfunktion gestört zu haben, so daß Menses und Graviditätsmöglichkeit erhalten blieben. Von den 24 subakuten Fällen wurden 15 schnell geheilt. In einem Falle konnte der akuten Entzündung Einhalt geboten werden und sie heilte langsam ab, 2 Fälle wurden durch fehlerhafte Technik verschlimmert. In 147 chronischen Fällen wurde nach Verlauf von ungefähr 1 Monat Heilung erzielt. Weitere günstige Erfolge liegen bei Fluor albus und gonorrhoischen Erkrankungen vor. Zum Schluß möchte ich noch die Fälle von Emery und Lacapéry erwähnen, die, nach der Chéronschen Methode behandelt, die Resultate dieses Autors bestätigen. In 3 Fällen von Dysmenorrhoea membranacea, bei den früher vorgenommene Eingriffe, wie Dilatation und Ausschabung, versagt haben, versuchte Jacobs[34]) eine interuterine Radiumbehandlung und erreichte in 2 Fällen eine Heilung, im dritten eine Besserung. Luttaud[39]) behandelte 21 Fälle von akuten Perimetritiden und Salpingitiden mit Radiumschlammspülungen und Tampons. Die Behandlung wurde ambulant durchgeführt und brachte alle Fälle, mit Ausnahme eines einzigen, zur vollständigen Heilung.

Es ist noch zu früh, um von Dauerresultaten der Strahlentherapie in der Gynaekologie zu sprechen. Es unterliegt aber gar keinem Zweifel, daß die Therapie mit strahlenden Substanzen sich in der Heilkunde so schnell einen wichtigen Platz erobert hat wie kaum eine andere Methode bis dahin. Ob sie ihn behaupten werden kann, ist eine Frage der Zukunft.

Literaturverzeichnis.

1. Arendt, Über die Wirkung der Radiumstrahlen auf inoperable Uteruscarcinome. Wiener med. Wochenschr. 1911, S. 430; Berliner klin. Wochenschr. 1911, Nr. 8.
2. — Über die Wirkung der Radiumstrahlen auf inoperables Uteruscarcinom. Berliner klin. Wochenschr. 1911, Nr. 8.
3. Benezur, Über Heilerfolge mit Radiumemanationskuren. Berliner klin. Wochenschr. 1912.
4. Bickel und Minami, Über die biologische Wirkung des Mesothoriums. Berliner klin. Wochenschr. 1912, Nr. 31.
5. Butscher, Deutsche med. Wochenschr. 1911, S. 2051.
6. Chéron, La radiumthérapie en gynecologie.
7. Chéron-Rubens Duval, Les traitements de cancers inoperables du col de l'uterus et du vagin par l'utilitations massive du rayonnement ultrapénetrant du radium. Ref. in Presse méd. 1910, S. 58.
8. — Die Radiumbehandlung der Krebskranken. Münch. med. Wochenschr. 1910, S. 40; Académie de med. 19, S. 7. 1910.
9. Chéron, Arch. gener. 1909, S. 539.
10. Forsell, Quelques observations du radiumthérapie de tumeurs cancéreuses. Zeitschr. f. Röntgenkunde und Radiumforschung 1911, S. 29.
11. — Archiv gén. 1909, S. 530. Zentralbl. für Gynaekol. 1912, S. 1128.
12. — et Fabre, Arch. gén. de med. 1909, S. 532.
13. Caan, Über Radiumwirkung auf maligne Tumoren. Beiträge zur klin. Chir. 65.

14. Clunet, Recherches experimentales sur les tumeurs malignes. II. Int. Konferenz für Krebsforschung zu Paris. 1.—5. IX. 1910. Bericht von Sticker.
15. Czerny, Therapie des Krebses. Internationale Vereinigung für Krebsforschung 7. bis 8. August 1911 in Dresden. Bericht von Sticker.
16. Contamin, Die Versuche mit dem Mäusekrebs. Académie des sciences 1909.
17. Champonière, Schwarz, Ricard et Nelaton, Die Rolle des Radiums bei der Krebsbehandlung. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 36.
18. Czerny und Caan, Über Behandlung bösartiger Geschwülste mit Mesothorium und Thorium-X. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 14.
19. v. Eichholz, Über Aufnahme und Ausscheidung der Radiumemanation. Berliner klin. Wochenschr. 1911, S. 1683.
20. Essen - Möller, Einige Erfahrungen über Radiumtherapie bei myomatösen und klimakterischen Blutungen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 26 (Festnummer).
21. Exner, Über Dauerheilung von Carcinom nach Radiumbestrahlung. Münch. med. Wochenschrift 1910, Nr. 47.
22. Fabre, La radiumthérapie. XI. Congr. français de med. Paris 1910. 13.—15. 9. Presse méd.
23. — Prädisposition der weiblichen Genitalien zur Radiotherapie. Arch. gen. 1909, S. 530.
24. — Vaginaltampons. Arch. gen. 1909, S. 532.
25. Finzi, Deutsche med. Wochenschr. 1911, S. 1139.
26. Folter, Kriser und Zehner, Über Behandlung von Lymphdrüsentumoren mit Thorium-X. Med. Klin. 1912, S. 37.
27. Felner, Moorbäder bei Fibromyoma uteri. Deutsche med. Wochenschr. 1911, S. 1187.
28. Fränkel, Zeitschr. f. Röntgenheilkunde und Radiumforschung 1911, S. 316.
29. Friedländer, Über Versuche direkter Tiefenbestrahlung in der Gynaekologie mittels radioaktiver Substanzen. Berliner klin. Wochenschr. 1912, S. 1582; Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 31.
30. Gering, Deutsche med. Wochenschr. 1911, S. 2033.
31. Guinard, Ricard, Segond, Schwarz, Routier, Tuffier, Deutsche med. Wochenschr. 1911, S. 2330.
32. Haredt, Action du radium introduits dans l'organisme par électrolyse (procédé de Haredt) sur la structure de tissus vivants, normaux et pathologique. Zeitschr. f. Röntgenkunde und Radiumforschung 1911, S. 409.
33. Hertwig, Deutsche med. Wochenschr. 1911, S. 2211.
34. Jacobs, Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1240.
35. Kenji, Kojo und Minami, Über die biologische Wirkung des Radiums. Berliner klin. Wochenschr. 1912, N. 17.
36. Krönig und Gauß, 15. Vers. der Deutschen Gynaekologengesellschaft in Halle. 14. bis 17. Mai 1913.
37. Löwenthal, Grundriß der Radiumtherapie.
38. Littauer, Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 43.
39. Lutaud, Deutsche med. Wochenschr. 1910, S. 724.
40. Laquerriere, Erste Resultate in der gynaekologischen Anwendung der Elektrolyse mit Radiumsalzen. Berliner klin. Wochenschr. 1912, S. 1049.
41. Mühsam, Ein neuer Radiumbehälter Mastdarm und Scheide. Berliner klin. Wochenschrift 1904, S. 748.
42. P. Marie et Dr. Clunet, Action des rayons X sur les tumeurs malignes. II. Intern. Konferenz für Krebsforschung zu Paris 1.—5. IX. 1910. Bericht von Sticker.
43. Nahmmacher, Radiumtherapie bei bösartigen Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschrift 1911, S. 672.
44. — Albers Schönbergs Fortschritte 1910, S. 69.
45. Mills, Die Aktion des Radiums auf das gesunde Gewebe. Brit. Assoc, 28. VII. 1911.
46. Morton, Radium bei Krebs. Brit. med. Journ. 25. II. 1911.
47. Oudin und Verchere, Deutsche med. Wochenschr. 1912, S. 1451.
48. Oudin, Arch. gen. 1909, S. 534.
49. Pinkus, Mesothoriumtherapie bei Krebskranken. Berliner med. Gesellschaft 1912.
50. — Zur Behandlung des inoperablen Carcinoms mit Mesothorium und kombinierten Behandlungsmethoden. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 38.
51. Prado Tagli, Zur Kenntnis der durch das Radiothorium erzeugten Gewebsveränderungen. Berliner klin. Wochenschr. 1912, Nr. 33.
52. Pappenheim und Plesch, Einige Ergebnisse über experimentelle und histologische Untersuchungen zur Wirkung des Thorium-X aus dem tierischen Organismus. Berliner Med. Gesellschaft, Sitzung vom 26. VII. 1912. Heft 27.
53. Plesch, Zur biologischen Wirkung des Thoriums. Berliner klin. Wochenschr. 1912, Nr. 16.
54. Ramsauer und Caan, Über das Verhalten der Organe nach Radiumeinspritzungen am Orte der Wahl. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 33.

55. Sticker, Anwendung des Radiums und des Mesothoriums bei Geschwülsten. Med. Gesellschaft Berlin, Sitzung vom 24. VII. 1912. Med. Klin. 1912, S. 31.
56. — und Falk, Über Ferment- und Radiofermenttherapie. Berliner klin. Wochenschr. 1910, S. 1050.
57. Salzmann, Deutsche med. Wochenschr. 1911, S. 2309.
58. Sticker und Falk, Über Behandlung des inoperablen Krebses mit radioaktiven Fermenten. Carboradiogen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 32.
59. Wickham, Radiumbehandlung bei malignen Geschwülsten. Brit. med. Journ. 18. X. 1911.
60. Werner, Zur biologischen Wirkung der Radiumstrahlen. Münch. med Wochenschr. 1910, Nr. 39.
61. Wickham, Degrais et Gaud, Radiumtherapie des tumeurs malignes. XI. Congres fracais de medecine. Paris 1910. 13.—15. IX. Presse méd.
62. — Arch. gén. 1909, S. 531.
63. Wanner, Mesothorbehandlung bei inoperablen Geschwülsten. 15. Vers. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913.
64. Voigts, Mesothorium als Röntgenstrahlenersatz. 15. Vers. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913.
65. Kroemer, Ebenda.
66. Heynemann, Ebenda.
67. Jung, Ebenda.
68. London, Radium in der Biologie und Medizin. Leipzig 1911.
69. Döderlein, Röntgen- und Mesothoriumbehandlung bei Myomen und Carcinom des Uterus. XV. Vers. Deutsch. Gynaokol.
70. Bumm, Über die Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbehandlung beim Uteruscarcinom. 15. Vers. d. dtsch. Ges. f. Gynaekol. Halle a. S. 14.—17. Mai 1913.
71. Heinatz, Über die Behandlung der carcinomatösen Geschwülste mit Radium. Wratschebn. Gazeta 1907, Nr. 36.
72. — Über die Behandlung des Carcinoms mit Radium. Russki Wratsch. 1907, Nr. 10.
73. Morestin, Traitement du cancer de la peau. II. Internat. Chir.-Kongr. in Brüssel 1908.
74. Wichmann, Radium in der Heikunde. 1911.
75. Dominici, Du traitement des tumeurs malignes par le rayennement ultra-pénétrant du radium. Bull. de l'assoc. franç. du cancer. 1908, Nr. 4 et Progrès med. 1911, Nr. 14 und Acad. de méd. Paris 25. III. 1910.
76. — et Barcat, Sur les processus histologique de la régresion des tumeurs malignes sous l'influence du rayonnement du radium. C. r. soc. biol. 13. VI. 1908.
77. Nahmmacher, Radiumtherapie bei bösartigen Erkrankungen. Intern. Verein für Krebsforschung am 7. und 8. August 1911 in Dresden.
78. — Kurze Statistik der mit Radium behandelten Fälle. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen 1910, S. 69.
79. Schücking, Zur Wirkung der Radiumstrahlen auf inoperable Carcinome. Zentralbl. f Gynaekol. 1906, Nr. 9.
80. Bayet, Das Radium, seine therapeutischen Wirkungen. Wien 1912.
81. Gauss & Krinski. Zur Mesothoriumbehandlung der Myome und haemorrhagischen Metropathien. 15. Vers. d. deutsch. Gynaekol. in Halle.

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Tibone, D.: Sui rapporti fra mestruazione, allattamento e lattante. (Wechselbeziehung zwischen Menstruation, Stillung und Säugling.) (*Dispens. per lattanti, Torino.*) Rass. d'ostetr. e ginecol. Jg. 22, Nr. 3, S. 129—151. 1913.

Die Menstruation ist nicht nur Ausdruck eines lokal genitalen Phänomens, vielmehr die Äußerung periodischer und komplexer Veränderungen des ganzen Organismus, welche besonders während der Stillung auch dem Säuglinge fühlbar werden können. Einzelne wollen eine nachteilige Wirkung der Milch menstruierter Mütter beim Säuglinge beobachtet haben, andere gar keine oder eine ganz unbedeutende. Das Einsetzen der Menstruation soll der Milch zeitweise einen colostralen Charakter geben. Derartige Milch soll zuweilen vorübergehend, zuweilen dauernd toxische Eigen-

schaften annehmen und beim Säuglinge krankhafte Störungen verursachen. Auch bei nicht menstruierten Stillenden beobachtet man öfters periodisch beim Kinde Störungen, welche an den Fälligkeitsterminen ausgebliebener Katamenien sich einzustellen pflegen.

Unter 83 Fällen von menstruierten Müttern beobachtete Verf. bei 42% nur kleine, bei 58% überhaupt keine Störungen, allerdings gehören zu letzteren meist Fälle von spät eingesetzter, einziger oder unregelmäßiger Menstruation, während nach frühzeitiger und periodisch rechtzeitiger Wiederkehr der Menses der ersteren des öfteren beim Säuglinge Störungen sich merken ließen, welche Verf. durch graphische Kurven darstellt.

Eine genaue Erklärung dieser Verschiedenheit des Einflusses der Menstruation Stillender auf deren Milch und dadurch auf den Säugling läßt sich nicht geben. Wir können nicht ermessen, ob und welche toxischen Produkte im Organismus der Stillenden erzeugt werden und dann in die Milch übergehen, und ebenso sind uns Schutz- und Abwehrvorrichtungen beim Säuglinge gegen solche vermutete Stoffe unbekannt. *Gattorno.*

Jaschke, Rud. Th.: Beziehungen zwischen Venenerkrankungen und weiblichem Genitale. (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **17**, Nr. 1/3, S. 115—154. 1913.

Kritisches Übersichtsreferat nebst eigenen Beiträgen

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Abderhalden, Emil, und Erwin Schiff: Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Spezifität der Abwehrfermente. Das Verhalten des Blutserums schwangerer Kaninchen gegenüber verschiedenen Organen. (*Physiol. Inst., Univ. Halle a. S.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1923—1924. 1913.

Die bisher im Physiologischen Institut in Halle geprüften 500 Fälle beweisen, daß bei exakter Durchführung der Versuche die Abwehrfermente sich nahezu immer als spezifisch erweisen. In 5% der Fälle wurde Leber, in 2% Schilddrüse abgebaut. Gegenüber Heilner und Petri, die bei Hämatomen Abbau aller möglichen Organe gefunden haben, wird hervorgehoben, daß die Reaktion in mehreren Fällen von Hämatomen bei blutfreien Organen immer negativ blieb. Ebenso wird die Angabe dieser Autoren, daß das Serum gravider Kaninchen außer Placenta alle möglichen Organe abbaue, durch Anführung zahlreicher gleicher Kaninchenversuche widerlegt, wobei niemals außer Placenta oder einem bluthaltigen Organe ein anderes Gewebe abgebaut wurde. *Boxer* (Wien).

Schickele, G.: Die Bedeutung der Keimdrüsen für das Auftreten der Brunstveränderungen. (*Univ.-Frauenklin., Straßburg i. E.*) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **1**, H. 6, S. 539—544. 1913.

Experimentelle Untersuchungen bei Hündinnen, aus denen hervorgeht, daß ebenso wie Ovarium- auch Hodenextrakt beim kastrierten weiblichen Tier Brunstveränderungen (Hyperämie, Absonderung) der äußeren Genitalien hervorruft. Im geringeren Maße gilt dies auch für Extrakte des Hypophysisvorderlappens. Die Hyperämie findet sich auch am Uterus, am kleinen Becken, an der Conjunctiva und den oberen Luftwegen. Zur Erzielung der Brunstveränderungen sind Hoden von nicht brünstigen Tieren verwandt worden. Ein Versuch, mit Mammaextrakt entsprechende Veränderungen hervorzurufen, schlug fehl. *Grünbaum* (Nürnberg).

Schäfer, E. A.: The structure and functions of the pituitary body. (Struktur und Funktion der Glandula pituitaria.) Med. mag. Bd. **22**, Nr. **7**, S. 416 bis 426. 1913.

Die Glandula pituitaria besteht aus 2 Teilen, einem epithelialen aus dem Ektoderm sich entwickelnden und einem nervösen. Ersterer zerfällt in die Pars anterior und intermedia. Die Pars anterior enthält Epithelzellen, zwischen denen sich reichlich Blutkapillaren sinusoidaler Natur befinden. Manche dieser Zellen zeigen eosinophile, andere basophile Körnungen, wieder andere sind klar, vielleicht sind aber alles nur verschiedene Phasen (Funktionsphasen) einer Zelle. Die Pars intermedia enthält weniger

Zellen und Gefäße, manche der Zellen sind in hyalines Material umgewandelt. Die Pars nervosa besteht hauptsächlich aus Neuraglia, enthält aber auch hyalines Material und interstitielle Körner. Für gewöhnlich zeigt die Drüse in der Mitte einen Spalt, der sie in einen vorderen und hinteren Lappen teilt. Der hintere enthält die ganze Pars nervosa und den größten Teil der Pars intermedia. Vorder- und Hinterlappen scheinen beide verschiedenen Zwecken zu dienen. So scheint der Vorderlappen zum Körperwachstum, speziell des Skelettes Beziehungen zu haben, während der Hinterlappen mehr für die Kontraktilität der glatten Muskulatur und verschiedene Drüsen in Betracht kommt. Wahrscheinlich geschieht die Einwirkung weniger durch Nervenbahnen, als auf chemischem Wege durch ein Hormon, das direkt ins Blut übertritt. Bisher hat man aus dem Lab. ant. noch kein Hormon isoliert; das aus dem Hinterlappen gewonnene Pituitrin oder Hypophysin usw. ähnelt in der Wirkung dem aus der Nebenniere gewonnenen Suprarenin, doch ist es fraglich, ob das Hormon schon völlig isoliert ist. Wahrscheinlich wird das oder die Hormone von den Zellen der Pars intermedia gebildet, die sich in hyaliner Umwandlung befinden. Vielleicht besteht ein Zusammenhang zwischen der Thyreoidea und der Glandula pituitaria, da letztere hypertrophiert, wenn erstere entfernt ist. Ebenso ein Zusammenhang mit den Geschlechtsorganen, da in den Fällen, wo die Sekretion der Glandula-pituitaria zu fehlen scheint, sich ein infantiler Zustand der Geschlechtsorgane entwickelt. *Wiemer* (Herne).

Allgemeine Therapie:

Holzbach, Ernst: Theoretisches und Praktisches zur Röntgentiefentherapie. (*Frauenklin., Univ. Tübingen.*) Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1, S. 279—286. 1913.

Es werden verschiedene Wege vorgeschlagen, die Wirkung der Röntgenstrahlen im Gewebe zu verstärken. Auf Grund theoretischer Überlegungen über die Aussendung von Sekundärstrahlen der von den Primärstrahlen getroffenen Metalle, injiziert der Verf. intratumoral Fulmargin, auf elektrischem Wege hergestelltes Kolloidmetall. Darauf erfolgt Bestrahlung der injizierten Tumoren. Definitive Ergebnisse können noch nicht mitgeteilt werden. Um das Ionisierungsvermögen der Röntgenstrahlen nutzbar zu machen, wird empfohlen, in die Umgebung tuberkulöser Erkrankungen Jodoformöl zu injizieren und dann zu bestrahlen. Freiwerdendes Jod soll dann schädigend auf den Tuberkulosebacillus einwirken. Bei den so behandelten Fällen liegt die Zeit der Behandlung nicht weit genug zurück, um schon von Heilung sprechen zu können. Die Cinnabarsanbehandlung nach Zeller hat bei Nachprüfung an 5 Fällen von inoperablem Carcinom keine Erfolge gezeigt. Zum Schluß wird die Frage gestellt, ob und wie es möglich sei, daß längere Zeit benutzte Filter für Strahlen durchlässiger werden. *Müller-Carioba* (Freiburg i. B.).

Pagenstecher, Alexander: Röntgentiefentherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 18, S. 558—563. 1913.

Albers-Schönberg: Röntgentherapie in der Gynaekologie. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Die gynaekologische Tiefentherapie ist aus der Tatsache hervorgegangen, daß die Röntgenstrahlen eine ausgesprochen deletäre Wirkung auf die männlichen und weiblichen Keimdrüsen haben. Die Einwirkung auf die Myome ist in erster Linie eine ovarielle, sodann findet mit Sicherheit in einem nennenswerten Prozentsatz eine direkte Einwirkung auf die Tumorzelle, gekennzeichnet durch Verkleinerung oder Verschwinden der Geschwulst, statt. Die durch die Myome hervorgerufenen Beschwerden werden vielfach wesentlich gebessert oder ganz behoben. Die Blutungen werden in normalen Menstruationstyp übergeführt. Oligomenorrhöe oder Amenorrhöe werden erreicht. Das Allgemeinbefinden bessert sich, die Ausfallserscheinungen sind meist gelinde. Der Prozentsatz vollständiger Heilungen ist ein hoher. Dauerheilungen sind in geeigneten Fällen mit Sicherheit zu erzielen; eine Anzahl von Myomen verhält sich refraktär. Nicht alle Myome eignen sich für die Röntgenbestrahlung. Indikationen, die sich in

weiteren und engeren Grenzen bewegen, sind aufgestellt worden und werden im allgemeinen anerkannt. Ein großer Prozentsatz der Myome bleibt nach wie vor der Operation vorbehalten. Die Gefahren für die Haut lassen sich durch eine geeignete Technik auf ein Minimum beschränken. Ob Spätschädigungen zu befürchten sind, muß die Zukunft lehren.

Boidi-Trotti, G.: La radioterapia dei fibromiomi uterini. (Radiotherapie bei Fibromyomen des Uterus.) (*Osp. magg., Torino.*) Rass. d'ostetr. e ginecol. Jg. 22, Nr. 7, S. 385—398. 1913.

Die Tiefenbestrahlung des Ovars äußert eine intensivere Wirkung auf die Keimzone desselben durch Zerstörung der Elemente des Graafschen Follikels, wogegen das Stroma, die Marksubstanz, nur langsam und milder beeinflußt wird. Die Keimbildung wird zum Stillstande gebracht, aber die innere Sekretion des Eierstockes besteht fort. Dieser Grundsatz bildet den großen Unterschied zwischen der durch chirurgische Kastration und der durch Bestrahlung erzielten Menopause. Wie bei eintretender Klimax oder nach chirurgischer Kastration eine Rückbildung von Myomen beobachtet worden ist, so wirkt auch die Bestrahlung der Ovarien auf dieselben regressiv. Außerdem erfolgt eine Rückbildung der Myome durch direkte Wirkung der Röntgenstrahlen auf deren Zellen. Nach Besprechung der üblichen Technik der Tiefenbestrahlung resümiert Verf. die eigenen, auf 35 Fälle sich beziehenden Erfahrungen. Während andere Radiologen die einzelnen Beckenorgane direkt, einzeln und isoliert bestrahlen, richtet Verf. seinen Strahlenkegel vorn oder seitlich vom Abdomen aus mit dem zentralen Bund auf den Tumor und beeinflußt nur durch die divergierenden Bündel die Ovarien. Konstant und dauernd ist die durch Bestrahlung erzielte Menopause bei älteren Frauen gewesen. Bei jugendlichen Frauen ist Amenorrhöe erst nach mehreren Sitzungen und auch nicht immer dauerhaft zu erreichen gewesen, scheinbar wegen Regeneration der Keimsubstanz der Ovarien, so daß die Bestrahlungen wiederholt werden mußten. Die Erfolge der Radiotherapie bei Myomen bei jungen Frauen sind individuellen Verschiedenheiten derart unterworfen, daß nur genaue Beobachtung von Fall zu Fall ein richtiges Urteil erlaubt. Vor jedem Entschlusse zur Operation soll die Bestrahlung versucht werden. Die Behauptung, daß infolge der Röntgenbehandlung ausgebreitete und feste Verwachsungen entstehen sollen, welche eine nachträgliche Operation erschweren, ist nicht erwiesen. Mißerfolge dürfen nicht entmutigen. Die Abnahme der Geschwülste stellt sich nicht immer prompt ein, sie schreitet zuweilen nur sehr langsam vor, dagegen hören Blutungen gewöhnlich bald auf und der Allgemeinzustand der Patientinnen bessert sich rasch. Interstitielle, interligamentöse, subseröse Uterusmyome eignen sich am besten zur Bestrahlung, weniger gut die submukösen Geschwülste. Junge, rasch wachsende Tumoren involvieren sich leichter und rascher als ältere. Gegenangezeigt wäre die Bestrahlung bei Tendenz zu maligner Entartung und bei gestielten Formen, welche ins chirurgische Gebiet gehören. Bestimmte allgemeine Symptome, welche von mangelnder Ovarialfunktion abhängen, sind ein Analogon der natürlichen Menopause. Auch die Herztätigkeit wird durch Bestrahlung der Myome beeinflußt, und ebenso sah man nervöse und psychische Störungen schwinden. *Gattorno* (Triest).

Krönig: Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Krönig weist kurz auf die Vorteile der Röntgenintensivbestrahlung bei Myomen und hämorrhagischen Metropathien hin. Der Vorteil scheint ihm darin zu liegen, daß die bei geringen Dosen sich refraktär verhaltenden Fälle noch beeinflußt werden. Der Nachteil der Intensivbestrahlung liegt in den relativ hohen Kosten. Die Zahl der bis jetzt allein mit Röntgenstrahlen behandelten Myome und Metropathien beträgt ca. 335. Bisher sah sich K. bei Verwendung von Intensivbestrahlung in keinem einzigen Falle veranlaßt, nachträglich zu operieren. Die Röntgenbestrahlung ist ein vollwertiger Ersatz für die Totalexstirpation des Uterus. Bei den Myomen ist nur in jenen Fällen

noch eine Operation notwendig, bei denen Wert auf Erhaltenbleiben der Fertilität gelegt wird. Es ist schwer, heute schon ein endgültiges Urteil darüber abzugeben, ob die Behandlung mit radioaktiven Substanzen besser ist wie die mit Röntgenstrahlen. Diese scheinen intensiver auf die Verkleinerung des Tumors zu wirken. Die Freiburger Klinik bevorzugt bei jugendlichen Individuen, die relativ große Mengen von Röntgenstrahlen brauchen, um amenorrhoisch zu werden, mit Vorliebe kombinierte Behandlung von Röntgen und Mesothorium. Der Vorteil der reinen Mesothoriumbehandlung scheint darin zu liegen, daß die Ausfallserscheinungen geringer sind. Die Anwendung des Mesothoriums kann vaginal, abdominal oder intrauterin erfolgen. Der Vorteil der intrauterinen Anwendung liegt in der schnell erzielten Amenorrhöe, der Nachteil in einer in zwei Fällen beobachteten möglichen Hämatometra infolge Verklebung des Cervicalkanales in der Gegend des inneren Muttermundes. Ausführlich geht K. dann über auf die Behandlung der bösartigen Geschwülste mit Röntgenstrahlen und Mesothorium. In all den Fällen, in denen das Carcinom den radioaktiven Substanzen leicht zugänglich ist, ist die Anwendung von Mesothorium oder Radium der Anwendung von Röntgenstrahlen wohl vorzuziehen. Auch hier scheint im Interesse der Verhütung von Metastasen die kombinierte Behandlung besonders empfehlenswert. Ob noch chemische Substanzen im Sinne der Sensibilisierung für die strahlende Energie notwendig sind, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. Zwei Wege sind gangbar bei der Behandlung der carcinomatösen Geschwülste. Entweder die rein nichtoperative oder die kombinierte operative Behandlung mit nachfolgender Strahlenbehandlung zur Verhütung eines Rezidives. Bei all den Carcinomen, welche der Betastung und Beobachtung leicht zugänglich sind, und bei denen die Entfernung von der strahlenden Substanz keine sehr große ist, scheint die nichtoperative Behandlung vorzuziehen zu sein. Hier kommen in Betracht die Mamma-, Scheiden-, Vulva- und Cervixcarcinome. Ovarialcarcinome werden bisher entschieden besser mit der kombinierten Methode, d. h. operativer Entfernung des Tumors mit nachträglicher Bestrahlung zur Verhütung eines Rezidives behandelt. Die primären Resultate bei der nichtoperativen Behandlung des Carcinoms sind zum Teil verblüffend gute. Wie sich die Dauerresultate gestalten werden, bleibt noch dahingestellt. Unter 96 nicht operativ behandelten Carcinomen sind 5 gestorben, 7 haben sich aus äußeren Gründen der Behandlung entzogen, 46 sind geheilt, d. h. es war weder ein Tumor zu fühlen noch mikroskopisch Carcinom festzustellen. 38 Fälle stehen noch in Behandlung. Dauerresultate mit genügend langer Beobachtungszeit liegen nicht vor. Die längste Rezidivfreiheit beträgt etwas über $1^1/_2$ Jahre. Dabei sind die Oberflächencarcinome, Epitheliome usw. ausgeschaltet. Die Freiburger Klinik ist der Überzeugung, daß der nichtoperativen Behandlung der Carcinome durch Einwirkung radioaktiver Substanzen oder von Röntgenlicht in Kombination mit der Chemotherapie die Zukunft gehört, und daß die operative Behandlung beim Carcinom immer mehr schwinden wird.

Courmelles, Foveau de: Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynaekologie. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Röntgenstrahlen und Radium sind ausgezeichnete therapeutische Behelfe, die jeder Arzt kennen und bei vorhandener Indikation anwenden soll, ohne sich durch vereinzelte Mißerfolge abschrecken zu lassen. Ihre Gefahren (Verbrennungen, Dermatitis) sind bekannt und können meist durch Filteranwendung verhütet werden. Trotz mancher Meinungsverschiedenheiten wird die hämostatische und schmerzstillende Wirkung der Röntgen- und Radiumtherapie allgemein anerkannt.

Kroemer: Mesothoriumeinwirkung auf Neubildungen der weiblichen Genitalien. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Kroemer berichtet über weitere Erfahrungen, welche er mit der gemischten Mesothorium-Röntgenbehandlung bei Genitalcarcinomen gemacht hat. Es ist nach seiner Erfahrung nicht notwendig, allzu große Dosen zu verwenden. Es genügen jedenfalls 50 mg Mesothorium zur Erzielung der klinischen Besserung, so daß bei täg-

licher Anwendung 300—500 mg-Stunden erreicht werden. Jede 2. Woche wurden 100—150 X-Röntgenstrahlen verabreicht. Die Obliteration des Geschwulstkraters wurde bei den letzten 4 Fällen in 3—9 Wochen erreicht. Probeabrasio nach dieser Zeit ergab das Fehlen von Krebsvegetationen und Ersatz derselben durch indifferentes, gefäßreiches Granulationsgewebe. Große Defekte zeigten sich epithelisiert. K. desinfiziert nach der Bestrahlung den Krater mit Jodalkohol und wendet in der Intervallzeit Wismutpaste an. Er ist nach den letzten Erfahrungen im Prinzip zur operationslosen Behandlung des Uterus- und Scheidencarcinoms übergegangen, möchte aber noch nicht die Behauptung aufstellen, daß alle Fälle geheilt sind. Auffallend ist aber entschieden die klinische Heilung der Beschwerden, die auch bei einem blutenden Rectumcarcinom beobachtet wurde. In einem Falle wurde eine Metastase im Introitus vaginae durch Thorium-X-Injektionen zum Rückgang gebracht. K. schließt die Carcinome in der Gravidität und im Puerperium von der radioaktiven Behandlung wegen der Infektionsgefahr aus.

Diskussion: Döderlein-München glaubt, daß die operative Gynaekologie in Zukunft immer mehr von der Radiotherapie verdrängt werden wird. Bei den Myomkranken wird dies keinen Gewissenszwang auferlegen, denn die Myome sind gutartige Tumoren; man kann bei ihnen leicht sich zu therapeutischen Versuchen verstehen, da ja stets die Operationsmöglichkeit bei etwaigen Mißerfolgen bleibt. Anders beim Carcinom. Hier ist man so ganz im operativen Denken und Fühlen erzogen, daß man sich erst umsehen muß, wenn man operationslose Therapie überhaupt versuchen will. Döderlein versucht, durch Demonstration mikroskopischer Präparate zu zeigen, daß die Mesothoriumbehandlung eine Art Therapia magna sterilisans ist. Wie Ehrlich bei seiner Chemotherapie die heilende Wirkung der Arsenikalien an der Schädigung und dem schließlichen Verschwinden der Trypanosomen kontrollieren konnte und Hand in Hand damit die Besserung der Krankheitssymptome vorwärtsschreiten sah, so kann man bei den anatomischen Untersuchungen der Carcinomherde während der Mesothoriumbehandlung Veränderungen an den Carcinomzellen sehen, die den Rückgang der Carcinomsymptome von Woche zu Woche gut erklären lassen; ist die letzte Carcinomzelle geschwunden, dann sind die Kranken geheilt (Demonstration von mikroskopischen Lumièrephotographien.)

Jacobs-Brüssel zieht die Radiumtherapie der Radikaloperation stets vor und hatte mit ihr in 25 Fällen von Cervixcarcinom gute Erfolge. Weniger gute Resultate erzielte er bei Carcinom der äußeren Genitalien, doch war möglicherweise die applizierte Strahlendosis zu klein.

Degrais-Paris verwendet seit 1906 bei Carcinoma uteri Radiumtherapie mit vorhergehendem Curettement und hat stets gute Erfolge in bezug auf Aufhören der Blutung, der Schmerzen und der Sekretion erzielt. Sehr wichtig ist die Radiumtherapie bei postoperativen Rezidiven.

Degrais wendet das Radium stets nur intrauterin an.

Tate-London sah selbst einige überraschende Erfolge der Radiumtherapie, doch möchte er sie nur als Unterstützung der chirurgischen Therapie zur Nachbehandlung nach Hysterektomien carcinomatöser Uteri und als Vorbehandlung für inoperabel erscheinende Fälle anwenden. Man soll nicht allzu optimistisch sein und mit einem abschließenden Urteil noch mindestens 5 Jahre warten.

Klein-München berichtet über einen Fall von absoluter Dauerheilung bei einem vor 6 Jahren operierten, von 3 Rezidiven gefolgten und dann mit Röntgenstrahlen behandelten Mammacarcinom. Er hat auch vielfach Röntgenbestrahlung bei inoperablem und rezidiviertem Uteruscarcinom geübt; seit $2^1/_4$ Jahren verwendet er hohe Strahlendosen nach dem Beispiel der Freiburger Klinik. Trotzdem er sehr gute Erfolge hatte, ist er doch nicht der Ansicht, daß man heute schon bei allen Carcinomen und Myomen von einer operativen Therapie absehen soll. Er wendet die kombinierte Behandlung an, d. h. Bestrahlung schwer operabel erscheinender Uteruscarcinome vor und aller Carcinome prophylaktisch nach der Operation. Bei submukösen, malignen, gangränösen Myomen und solchen bei jungen Frauen ist er für operative Therapie, bei letzteren besonders wegen der Erhaltung der Ovarien. Wahrscheinlich ist es besser, neben der Operation und der Strahlentherapie auch chemische Mittel zu verwenden wie Arsen, Selen, Borcholin usw. Der nächsten Zeit sind 2 weitere, unendlich wichtige Aufgaben vorbehalten: die biologische und parasitäre Prophylaxe. (Tabellen über 150 Fälle von Röntgentherapie bei Uterusmyomen, Fibrosis uteri und Uteruscarcinom werden den Teilnehmern überreicht.)

Nagel-Berlin bemerkt, daß er mit größtem Vergnügen seinen Patientinnen die Gelegenheit gibt, sich mittels Strahlentherapie behandeln zu lassen, wenn diese es selbst wünschen und sich leisten können, denn die Behandlung ist sehr kostspielig. Trotzdem hervorragende Spezialisten seine Patientinnen behandelt haben, hat er keine nennenswerten Resultate ge-

sehen: die Geschwülste verkleinerten sich nicht; die Blutungen sistierten in einigen Fällen zeitweise, um in verstärktem Maße wieder aufzutreten, so daß er gezwungen war, den Uterus zu exstirpieren. Die Erfolge sind nicht besser als diejenigen, welche früher mit blutstillenden Mitteln oder mit Curettement erzielt wurden. Selbst Krönig konnte über keinen Fall von Heilung berichten; er sagte nur, daß er in 33% der bestrahlten Fälle eine nachträgliche Operation nicht für notwendig fand; das ist aber eine rein individuelle Auffassung. Andererseits sind wir imstande, durch Operation unsere Fibrompatienten zu heilen. In jedem Lande finden sich mehrere Operateure, die über Hunderte von aufeinanderfolgenden Myomoperationen verfügen ohne einen einzigen Todesfall. Die Prognose der operativen Therapie ist demnach ganz erheblich besser als die der Strahlentherapie. Den von Döderlein und Krönig gemachten Prophezeiungen, daß wir binnen kurzem die operative Behandlung der Fibrome aufzugeben haben werden, möchte Nagel ein Wort entgegenhalten, welches in diesem Lande eine gewisse Berühmtheit erlangt hat: wait and see —.

Haenisch-Hamburg weist darauf hin, daß zurzeit genügend lange beobachtete Fälle von röntgenisierten Myomen vorliegen, so daß man mit Recht von Dauerheilungen sprechen könne; er bespricht dann eingehend seine Technik der Röntgenbestrahlung.

Béclère-Paris hatte bei 66 Myomfällen, die er bestrahlte, in 64 Fällen einen vollkommenen Erfolg. Seit er mit stärkeren Strahlen arbeitet, erzielt er den gewünschten Effekt viel rascher.

Dessauer-Frankfurt a. M. spricht einiges zur Technik der Röntgenbestrahlung, ebenso La Torre-Rom.

Pfahler-Philadelphia befolgt dieselbe Technik wie Albers-Schönberg; er berichtet über einen Fall, bei welchem ein bis zum Nabel reichendes Myom vollständig verschwand, zum Teil allerdings erst in den auf die Behandlung folgenden 6 Jahren.

Herbert Spencer-London hat keine eigenen Erfahrungen mit Röntgenstrahlen und Mesothorium, doch fürchtet er bei dieser Therapie die sterilisierende Komponente in Fällen von Myomerkrankung jüngerer Frauen. Seine Mortalität nach Myomoperationen ist sehr gering; unter 150 Fällen, bei denen er Hysterektomie machte, fand er 3 mal ein Cervixcarcinom. Aus diesem Grunde sollte das Radium im Cervicalkanal appliziert werden. Bei Carcinom und exzessiven Myomblutungen soll unbedingt Radiumtherapie versucht werden. Spencer konnte bis jetzt für seine Klinik leider kein Mesothorium bekommen, da er auf wohltätige Spenden angewiesen ist.

Lacassagne, Antoine: Les résultats expérimentaux de l'irradiation des ovaires. Conclusions à en tirer sur l'importance thérapeutique des rayons X en gynécologie. (Experimentelle Resultate der Ovarienbestrahlung. Folgerungen hieraus über die therapeutische Bedeutung der X-Strahlen für die Gynaekologie.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, H. 8, S. 449—457. 1913.

1. Wirkung der X-Strahlen auf das Ovarium von Hasen. Technik: Aluminiumfilter von 4 mm, 20—22 H in einer Sitzung, Haut-Antikathodenabstand 20 cm. Gleich nach Bestrahlung: Fast alle Follikel degeneriert, am meisten die entwickelteren. Nach 14 Tagen: Alle reifende Follikel verschwunden, nur noch wenige Primärfollikel, sekundäre Degeneration des Interstitiums. Nach 3—4 Monaten: Scheinbar völlige Sterilisierung. Bestrahltes und unbestrahltes Ovarium zeigen deutliche Unterschiede in Form, Größe, Gewicht. — Genaue Untersuchung zeigt noch wenige Primärfollikel, von denen die Reparatur (nicht Regeneration, da keine neue Primärfollikel erstehen) ausgeht. Zweite Bestrahlung nach 6 Monaten kann völlige Sterilisierung ergeben. — 2. Wirkung auf große Säugetiere. Die verschiedenen Arten scheinen gleich empfindlich zu sein. Störend wirkt der größere Ovarium-Antikathodenabstand, der größere Schutz des Ovarium, die Schwierigkeit seiner Lokalisation. Ergebnisse bei 3 großen Hündinnen: 1 malige Bestrahlung (20 H, 4 mm Filter) vermag nicht Sterilisation herbeizuführen. Dagegen tritt nach einigen Monaten Exitus durch Kachexie ein (Störungen des Verdauungskanales: Atrophie der Lieberküherschen Drüsen, Ulcerationen und Perforationen). Das Fehlen solcher Erscheinungen bei Menschen führt Autor auf die geringere Sensibilität des menschlichen Verdauungskanales oder auf die geringen fraktionierten Dosen zurück. Roulier 1905: Eine in der Ovarialgegend eingelegte Kali-Platin-Cyanür-Pastille wurde trotz langer Belichtung nicht beeinflußt. Autor glaubt, daß eine Sterilisation des so tief gelegenen menschlichen Ovariums nicht möglich. Er glaubt mehr an Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Tumor (Fibrome) selbst. Die künstliche Menopause erklärt er mit der tatsächlichen Atresierung der fortgeschritteneren Follikel, die ja die nächsten Regeln bestimmen. *Mohr* (Berlin).

Herzer, G.: Die Durchwärmung von Geweben mittelst Hochfrequenzströmen (Diathermie). Schweizer. Rundsch. f. Med. Bd. **13**, Nr. 22, S. 905—913. 1913.

Drei nach Art und Wirkung verschiedene Formen von Hochfrequenzströmen finden in der Therapie Verwendung: Rumpfsche, d'Arsonvalsche und die Diathermieströme. Sie werden bi- oder unipolar mittels Elektroden, evakuierten Glasröhren oder Kondensatorbett dem Körper zugeleitet und erzeugen das Gefühl entweder des Faradisiertwerdens, der Wärme oder Vibration. Die Diathermie, besser Endothermie, ist aus der d'Arsonvalisation hervorgegangen (Umwandlung von diskontinuierlichen, gedämpften in kontinuierliche, nicht gedämpfte Hochfrequenzschwingungen). Der Haupteffekt der Diathermie, die Wärmebildung im Gewebe, kann als Energiezufuhr, als Erhöhung der Vitalität des Organismus ohne Konsumierung eigener Brennstoffe bezeichnet werden. Außer Wärmeeffekt kommen noch elektrische Wirkungen in Betracht: Herabsetzung gesteigerten Blutdruckes und sedative Einflüsse. Erfolgreiche Anwendung findet das Verfahren in der internen Medizin bei Herz-, Lungen-, Nieren-, Gefäßaffektionen, und besonders schmerzstillenden und beruhigenden Einfluß erwähnt Verf. bei Pertussis und bei Muskel-, Gelenk-, gonorrhoischem Rheumatismus und Gicht. Prompte Besserung wird bei Occipital- und Ulnarneuralgien angegeben; hingegen soll das Verfahren bei Trigeminus-Neuralgien völlig versagen. Sellheim und Brühl rühmen die schmerzstillende Wirkung bei entzündlichen gynaekologischen Affektionen. Auch gastrische Krisen der Tabiker und Augenentzündungen werden mit Erfolg behandelt. In der Chirurgie und Dermatologie findet die Diathermie Anwendung in Form der de Forestschen Nadel. Einzige Gefahr der Diathermie sind leichte Hautverbrennungen, weswegen die Apparate nur geschultem und kundigem Personal zu überlassen sind. *Dorn* (Kempten).

Worthington: Diathermie (Nagelschmidt) und Elektrokoagulation (Doyen). Allg. Wien. med. Zeit. Jg. **58**, Nr. 34, S. 375—377. 1913.

Unter Elektrokoagulation bzw. Diathermie versteht man die Zerstörung von Neoplasmen mittels Hochfrequenzströmen durch Koagulation. Der Name Diathermie wird außerdem noch gebraucht für eine Methode, bei welcher eine Temperaturerhöhung in den Geweben ohne destruktiven Effekt erzielt wird. Man unterscheidet zwei Anwendungsarten, je nachdem man die aktive Elektrode in direkten Kontakt mit dem Gewebe bringt (Elektrokoagulation) oder in gewisser Entfernung von dem zu behandelnden Gewebe hält, so daß Funken überspringen (bipolare Voltaisation). Der Hauptvorzug dieser Methoden ist ihre Anwendung bei den dem Messer unzugänglichen Geweben. *Jaeger* (München).

Recasens: Organtherapie in der Gynäkologie. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Die Beziehungen, die zwischen Infantilismus, Dysmenorrhöe und Ovarialhypoplasie bestehen, haben Recasens veranlaßt, einige derartige Fälle mittels Organtherapie zu behandeln. Die Schwierigkeit dieser Therapie besteht darin, daß man gezwungen ist, artfremde Organextrakte zu verwenden, da es aus ethischen Gründen nicht angeht, die Organe eines gesunden Individuums zu entfernen. Anders aber verhält sich die Sache, wenn es gelingt, das bei einer Operation gewonnene Material zu verwerten. So hat er Ovarienextrakt von myomoperierten Frauen — er will ihn kurz Ovariomyom nennen — benützt, der bei weitem wirksamere Hormone enthält als die tierischen Ovarialpräparate. Es ist eine lang bekannte Tatsache, daß man bei Uterusmyomen Veränderungen an den Ovarien findet: makroskopisch kenntlich durch Volumsvermehrung, mikroskopisch durch Hyperplasie der interstitiellen Zellen des Stromas. Diese Veränderungen sind als Folgen der myomatösen Erkrankung aufgefaßt worden, er hält sie jedoch für die Ursachen derselben. Die Überproduktion von Muskel- und Bindegewebselementen bei Myom hat eine gewisse Ähnlichkeit mit den Uterusveränderungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft, bei der ja stets eine Hyperaktivität der Ovarien vorliegt. Histologisch ist die Bildung des Corpus luteum in

der Schwangerschaft charakterisiert durch eine Hyperproduktion von interstitiellen Stromazellen, die als protektiver Faktor der inneren Sekretion der Ovarien angesehen werden. Ein anderes wichtiges Phänomen ist die Wirkung der Ovarialfunktion auf die Uterusmucosa in der prämenstruellen Zeit, die von Hitschmann und Adler genau histologisch beschrieben wurde. Alle diese Erwägungen führten R. zu der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen den Veränderungen des Ovarialstromas und der myomatösen Hyperplasie des Uterus. Andere hierher gehörige Tatsachen sind noch der Wachstumsstillstand des Neoplasmas bei Aufhören der Ovarialfunktion, ferner die Art, in welcher die Röntgen- und Radiumbestrahlung auf die Myome einwirkt, nämlich stärkste Einwirkung zur Zeit der Menopause, wo das Ovarium hauptsächlich aus Stromazellen besteht. Auf diese Ergebnisse basiert R.'s Organtherapie. Ein Drittel aller Fälle von Dysmenorrhöe bei jugendlichen, virginalen Individuen beruht auf Infantilismus des Uterus, der mit einer mangelhaften Entwicklung der Ovarien einhergeht. Bei einer großen Zahl von Frauen hören die dysmenorrhoischen Beschwerden nach Aufnahme eines regelmäßigen Sexualverkehrs, der die Entwicklung der Ovarien fördert, auf; bei anderen jedoch bestehen sie trotzdem fort, sei es wegen anatomischer Anomalien der Ovarien, sei es wegen originärer funktioneller Störungen. Ihr Uterus bleibt hypoplastisch, seine Schleimhaut erreicht niemals den normalen prämenstruellen Charakter. Neben der Dysmenorrhöe besteht in diesen Fällen zumeist auch Sterilität. Eine andere Erscheinungsform der mangelhaften Ovarialfunktion bieten die Fälle von cystischer Degeneration. Nach einer Periode der Hyperaktivität — gekennzeichnet durch Menorrhagien usw. — werden die Menstrualblutungen immer schwächer und hören schließlich ganz auf, wobei allgemeine pseudohysterische Symptome auftreten. R. hat also bei Ovarialinsuffizienz den Ovarialextrakt myomkranker Frauen therapeutisch versucht, von der Annahme ausgehend, daß ihm eine erhöhte innersekretorische Wirksamkeit zukomme. Die verwendeten Ovarien entstammten sonst gesunden myomoperierten Frauen von unter 35 Jahren. Die sterilen Extrakte wurden in Ampullen von 1 und 2 ccm aufbewahrt. Auffallend war in allen Fällen die blutdruckerhöhende Wirkung des Ovaramyoms. R. verfügt leider nur über 7 mit seiner Therapie behandelte Fälle. — Die Art der Anwendung ist subcutane Injektion jeden 3. Tag, durch einen oder auch mehrere Monate fortgesetzt. In 2 Fällen von Amenorrhöe erzielte R. Heilung, in 2 Fällen blieb die Behandlung erfolglos. 3 Fälle von Dysmenorrhöe und Oligomenorrhöe wurden geheilt; bei einem Fall kam es nach der Behandlung sogar zu einer Konzeption. Die Zahl der Fälle ist noch zu gering, um ein endgültiges Urteil über diese Therapie zu gestatten.

Eastman, E. H.: Some phases of vaccine therapy. (Über Vaccintherapie.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. **10,** Nr. 2, S. 47—50. 1913.

Eastmann hebt hervor, daß die Stellung des Arztes dem Patienten gegenüber durch die Verordnung der dem Laien unbekannten Vaccine und Antitoxine geändert wurde. — Gegen verschiedene rheumatische Erkrankungen injizierte er erfolgreich Shermans-Vaccine Nr. 41 subcutan. Er begann mit kleinen Dosen (20—30 cc) und wiederholte sie allmählich ansteigend, sobald der Pat. sich wieder wohl befand, nach 24—98 Stunden, bis die Grenze der Tolerabilität des Kranken erreicht war. In der folgenden Diskussion bezweifeln Thibault, Dorr, Meck die spezifische Wirkung der Vaccine und weisen darauf hin, daß die Erreger der Rheumatismen unbekannt sind. E. teilt zum Schlusse mit, daß Shermans-Vaccin Nr. 41 Gonokokken, Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken und das Bacterium coli enthalte. *Stolz* (Graz).

Duchamp: Hémoptysies et opothérapie ovarienne. (Blutsturz und Organbehandlung mit Ovarialextrakt.) Rev. internat. de la tubercul. Bd. **24,** Nr. 2, S. 85—87. 1913.

Die Störungen der ovariellen Tätigkeit, welche im Verlaufe der Tuberkulose zu beobachten sind, brachten den Verf. darauf, den Beziehungen zwischen Ovarialfunktion und Hämoptöe nachzuspüren. Besonders interessierte er sich für die Hämoptöe

in der Pubertät und in der Menopause. Genaue Beschreibung eines Falles der Menopause, bei welchem alle üblichen Mittel zur Beseitigung des blutigen Auswurfes erfolglos waren, während die Behandlung mit Ovarialpräparaten glatten Erfolg brachte. Seitdem verfügt Verf. über 11 Menopausenfälle, alle aus dem dritten Stadium der Tuberkulose, ferner über 15 Fälle von Hämoptöe aus dem 1. und 2. Stadium. In allen Fällen konnte er eine günstige Beeinflussung der Hämoptöe durch die Ovarialbehandlung konstatieren, besonders in der Pubertät und der Menopause. Außerdem fand er stets eine Besserung des Allgemeinzustandes und eine Beschränkung der lokalen Prozesse unter dem Einfluß der Ovarialbehandlung. *Frankenstein* (Cöln).

Heaney, N. Sproat: A contribution to the study of pituitirin. (Beitrag zum Studium des Pituitrin.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 1, S. 103 bis 109. 1913.

Unmittelbar nach der intravenösen Injektion von 1 ccm Pituitrin bei normalen Frauen zeigte sich ein jäher Anstieg des Blutdrucks und deutliche Verlangsamung des Pulses. Die Erscheinungen waren so ausgesprochen, daß die Patientinnen oft einen ganz benommenen Eindruck machten, als ob sie narkotisiert wären. Mit dem Sinken des Blutdrucks, nach höchstens 3 Minuten, verschwanden die Erscheinungen. Die Symptome glichen ganz denen bei Angina pectoris. Bei der intramuskulären Injektion waren die Erscheinungen bei weitem nicht so stürmisch. Es empfiehlt sich daher letztere oder die subcutane Injektion des Mittels, wenn nicht eine sehr energische und schnelle Wirkung gewünscht wird. Die weiteren Versuche erstrecken sich auf die laktagoge Wirkung des Pituitrin. Um Nebenwirkungen psychischer Natur und den Reiz des Saugens möglichst auszuschalten, wurden die Versuche bei Frauen jenseits des Puerperiums angestellt, die tote Kinder zur Welt gebracht hatten. Injiziert wurde 1 gr Pituitrin bei 2 Frauen intramuskulär, bei 3 Frauen intravenös und bei zweien subcutan. Alle erhielten außerdem noch eine subcutane Einspritzung am 2. folgenden Tage. Der Erfolg war durchaus negativ. Die Versuche wurden dann an stillenden Müttern und einer Hündin wiederholt, doch auch hier war kein positiver Erfolg zu verzeichnen. *Wiemer* (Herne).

Allgemeine Chirurgie:

Fuchs, H.: Narkose und Anästhesie bei Geburten. Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 30, S. 1196—1200. 1913.

Die Chloroformnarkose — als dauernde Anästhesie bei Spontangeburten — ist aus Rücksichten für die Mutter und für die Frucht nicht anzuwenden. Schon Dönhoff hat den experimentellen Nachweis erbracht, daß nach wenigen Gramm Chloroform nicht nur die Wehenpausen stark verlängert werden, sondern daß auch der Wehendruck auf die Hälfte sinkt und die unwillkürliche Aktion der Bauchpresse wesentlich beeinträchtigt wird, infolgedessen entsteht die Verlängerung der Austreibungsperiode und die Prädisposition zu atonischen Blutungen in der Placentarperiode. Dagegen leistet die Narkose à la reine, der Chloroformrausch, in der Austreibungsperiode oft segensreiche Dienste. Das Wesen desselben beruht darin, durch vorsichtigste Tropfendosierung jenes Stadium der Hypalgesie bzw. Analgesie herbeizuführen, das typisch dem Excitationsstadium vorangeht. Bei langdauernden operativen Geburten wendet Verf. mit Vorliebe den Äther an, er beeinflußt die Wehen bedeutend weniger und schädigt die Bauchpresse fast gar nicht. Die von Fließ angegebene Methode bei der Dysmenorrhöe, d. i. Pinselung des Tuberculum septi nasi und der unteren Muschel mit 20proz. Cocainlösung bewährt sich in der schmerzhaften Eröffnungsperiode bei alten Primiparen. Mit der Suggestivnarkose hat Fuchs wenig Erfolg gehabt. Pantopon 0,02 g subcutan injiziert, wirkt psychisch beruhigend und Wehenschmerz lindernd. Die Kombination von Pantopon und Pituglandol hat dem Verf. auch gute Dienste in der Geburtsleitung erwiesen. Scopolamin-Morphium hat Verf. in 31 Fällen angewendet, 12 mal wurde voller Dämmerschlaf erreicht. Nach den Erfahrungen des Verf. sei der

Dämmerschlaf für den Gesamtorganismus unschädlich, er verlängert jedoch die Wehenpausen, die Wehen selbst werden verkürzt und abgeschwächt, die Bauchpresse wird negativ beeinflußt. Die sorgfältigste Dosierung und dauernde Beobachtung ist nur in der Anstalt möglich. Etwa 25% der Kinder wird oligopnoisch bzw. apnoisch geboren. Verf. wendet jetzt Scopolamin in kleinen Dosen nur zur Erzielung von Hypalgesien hauptsächlich bei hysterischen Gebärenden an. Lumbalanästhesie wie auch Sakralanästhesie nach Stoeckel seien für die geburtshilflichen Zwecke ungeeignet, dasselbe betrifft die lokale Anästhesie am Introitus. Die sog. Pudendus-Anästhesie nach Ilmer, die durch Injektion von 5 ccm Schleichlösung jederseits in das Cavum ischiorectale bewirkt wird, verursacht die vollkommene Anästhesie der Gebilde am Beckenboden. *Frommer* (Wien).

Rittenhouse, William: Hyoscine, Morphine, and cactin in obstetrics. A record of six years' experience. (Hyoscin, Morphin und Cactin in der Geburtshilfe. Mitteilung aus 6jähriger Erfahrung). Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 2, S. 148—149. 1913.

Rittenhouse empfiehlt zur Erzielung einer schmerzlosen Geburt eine Mischung von Hyoscin, Morphin und Cactin, die in Amerika in fertiger Mischung als Tabletten im Handel sind. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf über 300 Geburten. Postpartum Blutungen habe er seit Anwendung des Mittels weniger beobachtet wie früher, da die Frauen nicht mehr durch die Geburtsarbeit erschöpft würden. Auch Asphysie der Kinder sei nicht zu befürchten, wohl kämen einige Kinder narkotisiert zur Welt, so daß mitunter künstliche Atmung notwendig würde. *Wiemer* (Herne).

Crile, George W.: The identity of cause of aseptic wound fever and postoperative hyperthyroidism and their prevention. (Gemeinsame Ursache des aseptischen Wundfiebers und postoperativen Hyperthyreoidismus und ihre Verhütung.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 3, S. 185—186. 1913.

Die Wärmeregulation des Körpers durch das Gehirn kann durch sichtbare Bewegung, wie willkürliche Muskeltätigkeit, oder durch unsichtbare Muskel-, Drüsen- und Gehirntätigkeit beeinflußt werden. Unabhängig von Infektion oder Krankheit kann die Körpertemperatur durch Gemütsbewegung, körperlichen Schmerz, körperliche oder geistige Arbeit, Schilddrüsenextrakt und Jod gesteigert werden. Durch Morphium wird die Bewußtseinsschwelle für seelische Reize erhöht. Es gelingt daher, durch Morphium die seelische Erregung nach einer Operation und damit durch Ausschaltung der schädlichen Erinnerungsbilder an den Operationsvorgang den Temperaturanstieg und die vermehrte Schilddrüsentätigkeit zu verhüten. *Becker* (Bonn).

Duhot, E., and R. Pierret: Amaurosis and amblyopia from haemorrhage. (Amaurose und Amblyopie infolge Blutungen.) Med. rev. Bd. **16**, Nr. 9, S. 463—465. 1913.

Verf. beschreiben 4 Fälle von Amaurose und Amblyopie nach Blutungen, unter denen sich auch eine 42jährige Frau mit wiederholten, profusen Metrorrhagien befand, bei der sich im Anschluß an eine erneute Blutung eine totale Blindheit auf dem rechten Auge einstellte, während das Sehvermögen links auf $^1/_{10}$ herabgesetzt und das Gesichtsfeld erheblich eingeschränkt war. In allen Fällen war der Urinbefund negativ, Veränderungen am Centralnervensystem fehlten, Lues war nicht vorhanden. Blutungen aus den Genitalien der Frauen sind in 25—38% aller Fälle die Ursache der Augenstörungen. Der Befund am Augenhintergrunde markiert sich in 2 wohlumgrenzten Typen; einmal Anämie, besonders in der Gegend der Papille, arterielle Gefäße wenig gefüllt; andrerseits kann die Papille rötlich, leicht ödematös aussehen und die umgebende Netzhaut eine wolkige Trübung aufweisen. Die Prognose ist schlecht, die Therapie hat sich gegen die Blutungen zu richten. *Rittershaus* (Coburg).

Reynolds, Edward: The conduct ot gynecological operations in the presence of chronic affections of the heart. (Die Ausführung gynaekologischer Operationen bei chronischen Herzaffektionen.) (Transact. of the Americ. gyne-

col. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 329—330. 1913.

Unter Zuziehung eines Internen ist die Operationsmöglichkeit nach Zustand der Herzmuskulatur und dem Grade der Kompensation zu beurteilen. Autor sieht eine durchschnittliche Operation gleichbedeutend mit mäßiger außergewöhnlicher Anstrengung an. Genügend als Kräftemaß ist Auftreten von nur leichter Atemlosigkeit nach Ersteigen einer Treppe. Hauptsache ist gute Vorbereitung zur Operation, gute Anästhesie, schnelles und zartes Operieren. *Mohr* (Berlin).

Polak, John Osborn: The conduct of gynecological and obstetrical operations in the presence of acute and chronic endocarditis. (Die Ausführung gynaekologischer und geburtshilflicher Operationen bei akuter und chronischer Endokarditis.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 301 bis 303. 1913.

I. Gynaekologische Patienten. Häufig entsteht das Herzleiden durch sekundäre Anämie bei Myom (Myokard- und Gefäßveränderungen, Leber- und Nierenstörungen). Verfahren: 1. Vorbereitung zur Operation: Ruhe, Tonica, Übungen, Diät, Flüssigkeitsenthaltung bis zum Verschwinden des Ödems. 2. Den Termin der Operation bestimmt der Befund der Herzsymptome, des Blutdruckes, der Leber- und Nierenfunktion. 3. Die Operation ist rasch, schonend, unter allgemeiner und lokaler Anästhesie (Morphium, Äther-Sauerstoff, Novocain) auszuführen. Gute Peritonealnaht verhindert Adhäsionen! Der vaginale Weg ist anzustreben! Benutzung von großen Klemmen beschleunigt die Entfernung eines Tumors. 4. Die Trendelenburgsche Lagerung ist möglichst einzuschränken. 5. Bei Überfüllung des rechten Herzens Phlebotomie! 6. Erweiterung nach der Operation ist zu verhüten. 7. Morphium soll unter den Medikamenten die Hauptrolle spielen. — II. Schwangere. Gravidität erregt oft akute Exacerbation einer chronischen Endokarditis, namentlich wenn infolge erst kürzlicher Erkrankung noch keine Kompensation eingetreten. Fehlt eine Kompensation, so soll die Frau nicht bis zum Endtermin warten. Ruhe, Morphium, Strophanthus und Digitalis zur Vorbereitung! Während der Geburtstätigkeit Überwachung und Morphium! Die Notwendigkeit zu operativem Eingreifen entscheidet das Verhältnis von Kopf zum Becken, die Beschaffenheit der Weichteile, den Zustand der Mutter, Leben oder Tod des Kindes, die Periode der Geburt. Als Anaestheticum empfiehlt sich Äther-Sauerstoff. Bei Multiparis wendet Autor Einleitung der Frühgeburt mit Ballon, bei Primiparis vaginalen Kaiserschnitt an. *Mohr* (Berlin).

Cullen, Thomas S.: Operations on patients with a hemoglobin of 40 per cent. or less. (Operationen an Patienten mit 40% Hämoglobin oder weniger.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 319—320. 1913.

Unter 170 Fällen des Johns Hopkins Hospital mit Hämoglobingehalt unter 40% (40—20%) genasen: 22 Uterusmyome, 23 Hyperplasien des Endometrium (Kürettage oder Exstirpation des Fundus uteri), 18 Plattenepithelcarcinome der Cervix, 13 Beckenentzündungen, 13 Tubargraviditäten, 7 Adenomyome, 2 Chorionepitheliome. Außerdem traten als Ursachen auf: Hämorrhoiden, allgemeine Bauchfellcarcinose, Adenocarcinom des Uterus. Operationen bei Hämoglobingehalt unter 30%: Curettage, vaginale Myomotomie, Probelaparotomie, ein- und doppelseitige Salpingoophorektomie, vaginale und abdominale Hysterektomien. Eine Reihe Patienten starb vor und nach Operationen.

Autor glaubt, daß außer bei Carcinom, Patienten mit derart wenig Hämoglobin gut solche Eingriffe ertragen. Bei Menorrhagien ist die Operation kurz vor die nächste Regel zu legen. Bernheimsche Transfusion! In der Nachbehandlung keine starken Abführmittel! — J. W. Bovee operiert nicht unter 40%, fördert die Bluterneuerung durch physiologische Kochsalzeinläufe (zweimal täglich 1 Liter) und Bettruhe, nie durch Medikamente. — T. J. Watkins betont, daß auch die Menge des Blutes zu berücksichtigen. Scheinbar schwer Anämische überstehen oft gut große Eingriffe. — E. C. Dudley tamponiert den Uterus täglich. — R. R. Smith empfiehlt zur Narkose

Nitroxyd mit Sauerstoff. — Byford zieht abdominale Eingriffe wegen ihrer Schnelligkeit und sicheren Gefäßversorgung den größeren vaginalen vor. *Mohr* (Berlin).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Hofmann, O.: The iodine treatment of gonorrhea in the female. (Die Jodbehandlung der weiblichen Gonorrhöe.) Interstate med. journal Bd. **20**, Nr. 8, S. 733—739. 1913.

Hofmann empfiehlt die in Amerika von Bovée in Washington inaugurierte Jodtherapie der weiblichen Gonorrhöe. Nach mikroskopischem Nachweis der Gonokokken wird der Introitus der Vagina mit 3,5% Jodtinktur (3,5 krystallinisches Jod auf 100 95proz. Alkohol) bepinselt, in die Ausführungsgänge der Skeneschen Drüsen werden einige Tropfen derselben Lösung durch eine Pravazsche Spritze mit stumpfer Kanüle eingespritzt, sodann wird die ganze Vagina gejodet. Einlegen eines Gazestreifens. Die Urethra erfordert im allgemeinen keine lokale Therapie. Bei chronischen Fällen werden nach vorsichtiger Sondendilatation mit einer bis zum Fundus eingeführten Spritze einige Kubikzentimeter unter leichtem Druck eingespritzt. In die Tuben soll kein Jod eindringen. Die Behandlung wird jeden dritten Tag wiederholt. Zwei Tage nach der dritten Injektion findet eine mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken statt. Werden diese noch nachgewiesen, so wird die Behandlung fortgesetzt zugleich mit Vaccinebehandlung. Wenn die Urethra eine lokale Therapie erfordert, wird sie cocainisiert. 4 Stunden nach der Jodpinselung soll eine heiße Spülung gemacht werden. Die Erfolge sollen auffallend gute sein. *Becker* (Bonn).

Aronstam, N. E.: Preliminary report on the cutaneous deposit reaction of gonococcic bacterin. (Vorläufiger Bericht über die Hautreaktion bei Anlegung eines Gonokokkendepots in derselben.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17**, Nr. 8, S. 410—411. 1913.

Bei kräftiger Inokulation von Tuberkulin in die Haut fällt die Pirquet-Reaktion viel häufiger positiv aus als bei einfachem Aufstreichen. Diese Beobachtung machte Verf. auch bei Gonokokkenvaccine. Er empfiehlt daher, an der Hand der bisherigen 20 Fälle, diese „Hautdepotreaktion" als unterstützende Methode der mikroskopischen Gonokokkenuntersuchung. *Blanck* (Potsdam).

Allgemeines über Geschwülste:

Fleisher, Moyer S., and Leo Loeb: Transplantation of tumors in animals with spontaneously developed tumors. (Übertragung von Geschwülsten auf Tiere mit spontan entwickelten Geschwülsten.) (*Barnard skin a. cancer hosp.*) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 2, S. 203—206. 1913.

I. Bei 15 Mäusen, die mit gleichen Stückchen ihrer eigenen Geschwülste geimpft worden waren, fielen 93% der Impfungen positiv aus; während bei 68 normalen Mäusen, die mit zwei der verwendeten Geschwülste geimpft worden waren, nur 3% positiver Resultate erzielt wurden. Folgerung: Individuen mit Spontangeschwülsten geben ein besseres Bett für die Imprägnation und das Wachstum autochthoner Geschwülste als normale. — II. 55 Mäuse mit Spontantumoren wurden mit Spontantumoren anderer Mäuse geimpft. Das Ergebnis war in 29% positiv. 69 normale Mäuse, die mit denselben Spontantumoren geimpft worden waren, zeigten nur in 7% positive Resultate. Folgerungen: a) In Mäusen mit Spontantumoren ist ein Faktor wirksam, der allen Geschwülsten ein besseres Wachstum gestattet, als man an Mäusen ohne Spontantumoren beobachten kann. b) In Mäusen mit Spontantumoren ist ein anderer Faktor wirksam, der den Geweben desselben Tieres die Inokulation erleichtert, gegenüber der Inokulation von Geweben eines anderen Tieres derselben Spezies. — III. Studien mit leicht übertragbaren Geschwülsten bei Mäusen mit Spontantumoren. Wurden die Geschwulstmassen längere Zeit einer Temperatur von 44° ausgesetzt, so gingen sie an Mäusen mit Spontantumoren weniger an als an normalen. Dagegen entwickelten

sie sich an Mäusen mit Spontantumoren besser als an Mäusen, die mit den erhitzten Stückchen vorher erfolgreich inokuliert worden waren. Diese Erscheinung kann nur dadurch erklärt werden, daß der Spontantumor weniger Immunstoffe frei macht als der sich rasch entwickelnde, leicht übertragbare Tumor. — IV. Die Ursachen, die in normalen Mäusen die Rückbildung einer Anzahl von Geschwülsten hervorrufen, wenn das Vier- und Fünffache der durchschnittlichen Menge des Tumormaterials übertragen wird, wirken auch dann, wenn größere Massen leicht übertragbarer Geschwülste auf Mäuse mit Spontantumoren übertragen wurden. Die Inokulation von Milzgewebe hinderte sowohl in normalen als in Tumormäusen das Wachstum sonst leicht angehender Geschwülste. In den beiden letzten Beobachtungsreihen bestand kein Unterschied zwischen normalen und Tumormäusen. *Stolz* (Graz).

Fox, Frederick J.: The Wassermann reaction in cancer. (Die Wassermannsche Reaktion beim Krebs.) Proceed. of the New York pathol. soc. Bd. **13**, Nr. 3/4, S. 69—70. 1913.

Von den Reaktionen waren bei 212 Krebskranken nur 2 positiv. Der 1. Fall betraf ein 21jähriges Mädchen, das ein Sarkom an der rechten Ferse, an der Innenseite des rechten Oberschenkels und an der rechten Schamlippe hatte; der 2. Fall einen 58jährigen Matrosen mit einem Carcinom der Zunge und der Halsdrüsen. Lues war in beiden Fällen anamnestisch ausgeschlossen. *Stolz* (Graz).

Unterricht und Lehrmittel:

Jacobs: Le nouveau fantome de Blumreich. (Das neue Phantom von Blumreich.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21**, Nr. 2, S. 129 bis 146. 1913.

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

● **Quincke, H.: Wandlungen der Medizin in Wissenschaft und Praxis.** Berlin: Springer. 1913. 46 S. M. 1.—.

Reding, Al. v.: Die neuesten Fortschritte in Gynaekologie und Geburtshilfe. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Jg. **43**, Nr. 36, S. 1131—1138. 1913.

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Lohnstein, H.: Ein Fall von akuter Harnretention bei Gynatresie. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 8, S. 630—634. 1913.

Bei 15jährigem Mädchen, das an Hymenalverschluß und Hämatokolpos litt, trat plötzlich eine komplette Harnverhaltung auf, die sich nach 8 Wochen wiederholte. Bei der Incision des Hymens entleerte sich ein Liter Blut. Tamponade der Scheide. Nach 8 Tagen Peritonitis, wohl infolge aufsteigender Infektion. Exitus. Durch den Hämatokolpos war offenbar die Harnröhre ausgezerrt worden, wodurch die Retention entstand. Die Hymenalatresie stammte offenbar von einer infektiösen Erkrankung der Scheide in der Kindheit. *Knorr* (Berlin).

Köhler, Robert: Zerreißung der Vagina sub coitu mit letalem Ausgang. (*Krankenh. Wieden, Wien.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 34, S. 1253—1257. 1913.

Eine 32jährige Patientin wurde wegen profuser Blutung aus dem Genitale eingeliefert. Soweit sich der Vorgang eruieren ließ, handelte es sich um den zweiten Coitusversuch, nachdem dasselbe Vorhaben 14 Tage zuvor mißlungen war. Nach einem anfänglichen Mißerfolge sei endlich die Einführung des Penis gelungen. Gleich darauf sei unter heftigen Schmerzen die Blutung aufgetreten. Das Hymen war bis auf einen kleinen Einriß im unteren Teile intakt. Am Perineum fand sich ein 1 cm langer Einriß, der im Zusammenhang mit dem Hymenalriß stand. Der eingeführte Finger glitt in einer bis ins hintere Scheidengewölbe gehenden Rinne in einen die Portio umgreifenden tief ins parametrane Gewebe reichenden Riß. Die Patientin kam unter septischen Erscheinungen zum Exitus. Die an dem Partner vorgenommene Untersuchung ergab kein abnorm großes Glied. Da keinerlei Manipulationen sonst vorgenommen wurden, so zieht Verf. ätiologisch die nachgewiesene neuropathische Veranlagung der Patientin kombiniert mit einem Krampfzustand des muskulösen Beckenbindegewebes heran. Als unterstützendes Moment ist die sicherlich vorhandene Rigidität des Genitalschlauches bei der alten Virgo heranzuziehen. In einem Nachtrage wird über einen zweiten ähnlichen Fall, bei dem es

ebenfalls zu einer Verletzung des Scheidengewölbes, die 4 cm weit in das Parametrium hineinreichte, gekommen war, berichtet. Diese Patientin genas aber. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Dalché, Paul: A propos des injections vaginales. (Über die Scheidenausspülungen.) Rev. prat. des mal. des organes génito-urin. Jg. **10,** Nr. 58, S. 275 bis 281. 1913.

Mit den heißen und zu langen vaginalen Ausspülungen wird sehr oft Mißbrauch getrieben. Dieselben haben eine traumatische Wirkung auf die Schleimhaut des Cervix und der Scheide. Die starke Hyperämie des kleinen Beckens kann schmerzhafte Erscheinungen von alten Adnexerkrankungen hervorbringen. Die Spülungen brauchen auch nicht sehr antiseptisch zu sein. Die starken Antiseptica führen eine Koagulation des Schleimes herbei, ohne die Schleimhautmikroben zu erreichen. Die Sitzbäder und die lauwarmen Spülungen geben viel bessere Resultate. Doch bei sehr alten Tubenerkrankungen haben die heißen Spülungen schöne Heilungen gegeben. *R. Chapius.*

Uterus:

Keller, R.: Die sogenannte Endometritis und chronische Metritis, gynaekologische Tagesfragen. Straßburg. med. Zeit. Jg. **10,** H. 8, S. 198—204. 1913.

Keller hat eine große Zahl von Ausschabungen systematisch untersucht, um festzustellen, ob es in der Uterusschleimhaut selbst Veränderungen gibt, die man in ursächlichen Zusammenhang mit den sogenannten essentiellen Blutungen bringen kann. Hierbei stellte sich heraus, daß die von Hitschmann und Adler für das Prämenstruum als charakteristisch hingestellten prämenstruellen Drüsen, nach deren genauerem Studium die genannten Verff. die alte Veit-Rugesche Lehre über die Endometritis als nicht den Tatsachen entsprechend annehmen zu können glaubten, in Wirklichkeit gar nicht für das Prämenstruum charakteristisch sind. Sie fehlten nämlich bei Kellers Untersuchungen in zwei Drittel der Fälle ganz und wurden andererseits auch außerhalb dieser Zeit angetroffen. Da bei Blutungen manchmal gar keine Drüsenveränderungen vorhanden waren, andererseits hingegen diese Veränderungen auch ohne Blutungen sich finden, sind sie nicht in kausalen Zusammenhang mit den Blutungen zu bringen. Dem entspricht auch die Tatsache, daß nach Entfernung der Schleimhaut durch Abrasio die Blutungen durchaus nicht immer beseitigt sind. Dann wurde weiter die Muskulatur von einer Anzahl von Uteri, die geblutet hatten, untersucht in bezug auf das Verhältnis von Muskulatur zu Bindegewebe nach einer verbesserten Methode, und auch hier fand sich durchaus kein spezifisches Bild im histologischen Bau des Uterus, so daß es also keine chronische Metritis in dem bisherigen Sinne gibt, weder als scharf umschriebenes Krankheitsbild, noch als pathologisch-anatomischer Befund mit den Merkmalen der Bindegewebshyperplasie und der Gefäßwandverdickung. Ebenso fanden sich in den Ovarien keine histologischen Veränderungen, die für die Fälle von unstillbaren Blutungen einen charakteristischen Befund ergeben hätten. Da so im ganzen Genitalapparat keine nachweisbaren anatomischen Veränderungen vorhanden sind, welche die starken Blutungen erklären könnten, muß man an eine Einwirkung der inneren Sekretion denken. Keller weist dann auf die Versuche Schickeles aus neuerer Zeit hin, der in Preßsäften aus Ovarium und Uterus Stoffe nachwies, welche besonders die Eigenschaft haben, bei Tieren durch Gefäßerweiterung eine Blutdrucksenkung hervorzurufen und die Gerinnung des Blutes in erheblichem Maße zu hemmen. *Bretz* (Bonn).

Goffe, Riddle: Über die biologische und biochemische Funktion des Endometriums. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6. bis 12. VIII. 1913.

Den in der Pubertät und im Klimakterium auftretenden Meno- und Metrorrhagien liegt eine gemeinsame Ätiologie zugrunde. Durch eine Reihe von Experimenten ist Goffe zu der Überzeugung gelangt, daß die Ursache des Nichtgerinnens des Menstrualblutes im Endometrium liege, und zwar in der Anwesenheit eines die Gerinnung hemmenden Körpers. Das Menstrualblut gelangt nicht nur durch Ruptur der Uterus-

capillaren, sondern hauptsächlich durch Autolyse derselben in das Cavum. Bei dieser Autolyse spielt vermutlich die Funktion der Ovarien, möglicherweise auch die der Schilddrüse eine Rolle. Was die Therapie dieser Uterusblutungen anbelangt, so ist Curettage ganz unzweckmäßig, auch Ergotin und Pituitrin können nicht nützen, da sie nur Uteruskontraktionen bewirken. Es handelt sich aber darum, den Blutdruck zu erhöhen und die die Menstruation regulierenden Zentren (Ovarien und Schilddrüse) zu erhöhter Funktion anzuregen. G. hat bei Unterusblutungen junger Mädchen und Frauen Versuche mit der Darreichung von Corpus-luteum- und Thyreoidea-Extrakt gemacht, ohne jedoch bisher zu einem abschließenden Urteil gekommen zu sein.

Diskussion. Louisa McIlroy-Glasgow bemerkt, daß sie durch Tierexperimente zu derselben Anschauung gelangt sei wie Riddle Goffe. Sie hat ferner das ganze Blut einer Menstruationsperiode isoliert aufgefangen und monatelang aufgehoben, ohne Gerinnung desselben zu beobachten. Die Frage der Uterusblutungen hängt gewiß mit der inneren Sekretion zusammen. Die Blutungen junger Mädchen beruhen möglicherweise auf „intrauteriner Toxämie“, mitunter jedoch auch auf kongenitaler Lues.

Sir Champneys stimmt nicht mit der Anschauung überein, daß Uterusblutungen bei Versagen jeglicher konservativen Therapie zur Hysterektomie berechtigen. Er hat mit intrauteriner Ätzung mit rauchender Salpetersäure stets gute Resultate erzielt und dabei niemals Schädigungen beobachtet.

Pozzi: Über stenosierende Metritiden der Cervix uteri. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Er beschreibt eine von ihm zuerst beobachtete Form der Cervicitis. Sie besteht in einer mit Stenosenbildung einhergegehenden Entzündung. Die Sekrete stauen sich oberhalb der Stenose, was bei hinzutretender Infektion zur Bildung eines schwer zu drainierenden, abgesackten Raumes führt. Im Gegensatz zu dieser Form der Erkrankung nimmt er eine pseudostenosierende Cervicalmetritis an, welche jedoch mit denselben Symptomen einhergeht (i. e. Dilatation des Uteruscavums, das mit infiziertem Schleim erfüllt ist). Endlich können die nämlichen Erscheinungen auch noch beobachtet werden bei Rigidität des nicht verengerten Cervicalkanales. In diesen Fällen erzielt man gute Heilungsresultate durch Einlegen eines Intrauterinpessars. Diese stenosierende Entzündung ist mit dem „rétrécissement large“ (Reybard) der männlichen Urethra zu vergleichen. Bei beiden bringt Dilatation Heilung. Früher hat P. dilatiert und mit Jodtinktur ausgewischt, jetzt macht er „Stomatoplastie“. Diese Operation bietet den Vorteil einer Dauerdrainage; P. hat mit ihr viele Fälle von hartnäckigster Metritis geheilt.

Kerr, Munro: Plastische Operationen bei Uterusmißbildungen. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Die Ursache der Mißbildung kann sein: a) Verschmelzung der Müllerschen Gänge mit mangelhafter Entwicklung des Uterus; b) Verschmelzung der Müllerschen Gänge mit mehr oder minder vollständigem Septum zwischen den beiden Uterushälften; c) unvollkommene Verschmelzung der Müllerschen Gänge; d) Mißbildung der Vagina; Zu der ersten Gruppe gehören: der infantile Uterus, für den es keine befriedigende Therapie gibt. Seine Symptome sind Dysmenorrhöe und Sterilität. Der Uterus foetalis, der oftmals keinerlei Beschwerden macht. Verursacht er starke Dysmenorrhöe, so ist Hysterektomie indiziert. Der Uterus rudimentarius, der meist keine Beschwerden macht. Ferner gehören hierher: Die Atresia cervicalis (bei Hämatometra ist operative Bildung eines Cervicalkanals vorzunehmen), mit ihren Unterabteilungen: a) Atresie des Orificium internum (Therapie: Tracheostomie nach Golcound); b) Atresie des Orificium externum (Therapie: Punktion der Portio); c) Atresie des ganzen Cervicalkanales (Therapie: Resektion der Cervix); Zur zweiten Gruppe gehören: a) Der Uterus septus, dessen Septum — falls es ein Geburtshindernis bildet — entfernt werden muß. Bei nichtgravidem Uterus kann das Septum, nach einer transversalen Incision, entsprechend dem Isthmus, leicht exzidiert werden. Indikationen zu dieser Operation sind: habitueller Abortus, Placenta praevia, Dystokie usw; b) Der Uterus subseptus. Seine Folgen können sein: Querlage, Placentaretention. Seine operative Behandlung

besteht in Excision des Septums, ist jedoch nicht unbedingt nötig. Der dritten Gruppe gehören an: a) Der Uterus arcuatus: Operation nach Straßmann: Exzision des Mittelstückes und Vernähung der beiden Hälften (abdominale Methode); b) Der Uterus bicornis unicollis, bei dem Munro-Kerr in einem Falle von hartnäckiger Dysmenorrhöe die Hemihysterektomie mit glänzendem Erfolg ausgeführt hat. c) Der Uterus bicornis mit rudimentärem Nebenhorn. Letzteres soll operativ entfernt werden. d) Der Uterus didelphys, der sehr selten Beschwerden verursacht. Bei Mißbildungen der Vagina soll ein etwa vorhandenes Septum exzidiert werden. Bei unvollständiger Atresie wendet Munro-Kerr die Pfannenstielsche Methode an, bei vollständiger Atresie macht er plastische Operation aus dem Dickdarm oder Dünndarm. Es folgt eine eingehende Beschreibung dieser beiden Operationen.

Anschließend berichtet Alban-Doran-London über zwei interessante, von ihm operierte Fälle. In dem einen Fall exstirpierte er ein Fibromyom eines rudimentären Uterushornes bei einer Pluripara, die auch nach der Operation noch mehrere Graviditäten durchmachte. Bei dem zweiten Falle handelte es sich gleichfalls um eine Pluripara, die wegen Ruptur eines graviden Uterushornes zur Operation kam. In der folgenden Zeit machte sie noch drei normale Partus durch.

Raab, Heinrich: Zellreiche Myome und Myosarkome des Uterus. (*Pathol. Inst., Freiburg i. Br., u. pathol. Inst., Dortmund.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 2, S. 389 bis 429. 1913.

Um aus der histologischen Untersuchung eine sichere Diagnose auf die Malignität eines Myoms stellen zu können, sind nach Raab folgende Kriterien beachtenswert: 1. Zellreichtum und Struktur des Muskelgewebes. 2. Kernveränderungen. 3. Kernteilungen. 4. Verhalten der intercellulären Fibrillen (Hyalin). 5. Riesenzellen. 6. Abgrenzung der Geschwulst. Ad 1. Starker Zellreichtum und geringe Entwicklung des Bindegewebes können nicht als Kriterium für die Diagnose Myosarkom gelten, da gewöhnlich zellreiche Myome das gleiche Verhalten zeigen können. Ad 2. Der Kern des Myosarkoms zeigt keine erhebliche Formveränderung gegenüber den gewöhnlichen Myomen. Ad 3. Das Vorhandensein von Kernteilungen überhaupt darf nicht zur Unterstützung der Diagnose auf Malignität herangezogen werden, von Bedeutung ist nur das gehäufte Auftreten derselben, wobei das Hauptaugenmerk auf die Untersuchung der jüngsten, noch nicht regressiv-metamorphotisch veränderten Geschwulstpartien zu richten ist. Ad 4. Hyaline Degeneration befällt vorzugsweise zellreiche Myome und ist eventuell als Vernarbungsprozes aufzufassen. Ad 5. Besondere Bedeutung für die Diagnose der Malignität besitzen die Riesenzellen. Sehr selten können sie allerdings, und dann vereinzelt, auch in gutartigen Myomen vorkommen, in großer Anzahl treten sie jedoch nur in Myosarkomen auf, besonders häufig in den Grenzpartien gegen die hyalinen Massen. Benigne Geschwülste zeigen allenthalben scharfe Grenzen. Bei Myosarkomen zeigt sich zwar kein eigentliches infiltratives Wuchern, wohl aber ein Einwachsen in die Lymphgefäße. *Köhler* (Wien).

Nadal, Pierre: Fibromyome utérin calcifié. Mécanisme de la dégénérescence calcaire. (Verkalktes Fibromyom des Uterus. Mechanismus der Verkalkungs-Degeneration.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 7, S. 347—348. 1913.

Ein Fall von Fibromyom mit diffuser Verkalkung; man kann deutlich noch Züge glatter Muskulatur dazwischen erkennen. Beginn zentral in Zonen langsam eintretender Nekrose, die durch hyalines Gewebe getrennt sind. Analogie mit Verkalkungen anderer Organe. Solche Nekrosen sind häufiger, als man nach klinischen Erscheinungen meinen sollte. Neue Herde reihen sich an alte, bis schließlich zur Hochgradigkeit des vorliegenden Falles. *Schröder.*

Pozzi, S., et G. Rouhier: Fibromyome à pédicule tordu. (Stielgedrehtes Myom.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 7, S. 365—368. 1913.

Ein etwa kindskopfgroßes, 1150 g schweres, gestieltes, subseröses Myom hatte sich in mehreren Attacken um fast 360° gedreht. Laparatomie. Abtragen am Stiel nach Lösung der Verwachsungen. Heilung. Das Präparat zeigte in einem Drittel das gewöhnliche Bild eines Fibromyoms, während der andere Teil, in scharfer Linie abgegrenzt, nekrotisiert war. *Moos.*

Weibel: Operationstechnik und Resultate bei Uteruscarcinom. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Weibel berichtet über die Resultate einer 15jährigen Erfahrung an einem Material von 800 Carcinomoperationen. Die Klinik Wertheim hat eine Dauerheilung von 42,5 % aller wegen Collumcarcinom Operierten und 53,5 % aller diese Operation Überlebenden, sowie eine absolute Heilung von 20 %, d. h. aller Carcinomfälle, welche die Klinik aufsuchten, zu verzeichnen. Die faktische Leistung der einzelnen Operateure und der einzelnen Methoden kommt am besten in der Zahl der Dauerresultate zum Ausdruck, sowohl was alle Operierten als auch was nur die die Operation Überlebenden betrifft. Aus dieser Art seiner Statistik erklärt sich ihre Differenz von anderen Statistiken bezüglich der absoluten Leistungen. Er steht einer allzu radikalen Ausdehnung der Indikationsstellung zur Operation nach wie vor ablehnend gegenüber, insbesondere in bezug auf den im Carcinom eingebetteten Ureter, den er lieber auslöst als reseziert, da die Resektion äußerst ungünstige Spätresultate ergeben hat. Das Korpuscarcinom ist viel seltener und gilt für gutartiger als das Collumcarcinom; die Parametrien werden fast nie ergriffen, wohl aber erwiesen sich die Beckendrüsen in 16 % aller laparotomierten Fälle als carcinomatös, ungemein selten dagegen die Inguinaldrüsen. Daraus folgert er die Notwendigkeit, auch beim Korpuscarcinom abdominal zu operieren und vaginal nur dann, wenn eine absolute Kontraindikation gegen die Laparotomie besteht. Myom und Korpuscarcinom sind häufig kombiniert. Er fand in 2 % aller operierten Myome ein Korpuscarcinom und in 19 % aller Korpuscarcinome ein Myom. Die Bedeutung dieser Tatsache für die Strahlentherapie darf nicht unterschätzt werden. Metastasen in die Ovarien und Tuben finden sich häufig und sind mit ein Grund, den abdominalen Weg zu wählen. Bezüglich der Spätrezidive des Uteruscarcinoms, d. h. Rezidive nach Ablauf der 5jährigen Beobachtungszeit, hat die Nachuntersuchung seines Materials zu folgenden Ergebnissen geführt: Von 169 verwertbaren Fällen von Collumcarcinom erkrankten im 6. und 7. Jahr 13, das sind 7,7 %, wieder an einem Carcinom, 1 Fall an einem Sarkom. Unter den 13 Carcinomfällen befindet sich ein Krebs des Duodenums, ein Mamma- und ein Klitoriscarcinom. Das mikroskopische Bild dieser 3 Spätcarcinome unterscheidet sich so wesentlich von dem des ursprünglichen Uteruscarcinoms, daß man kaum von Rezidiven sprechen kann. Die übrigen 10 Fälle — also 6 % — waren sichere Rezidive an der Beckenwand. Nach dem 7. Jahre gab es kein Rezidiv mehr. Die Prozentzahl der Rezidive fällt vom 1. bis zum 4. Jahr beständig und beträchtlich ab und bleibt für das Collumcarcinom vom 4.—7. Jahre konstant; beim Korpuscarcinom gab es in unseren Fällen nach dem 4. Jahre überhaupt keine Rezidive. Er glaubt daher, daß man beim Collumcarcinom die Beobachtungszeit auf mindestens 7 Jahre erstrecken muß, wenn man von Dauerheilung sprechen will.

Diskussion: Proust - Paris spricht einiges über die Technik bei abdominaler Hysterektomie, und zwar bespricht er eingehend die Ligatur beider Art. hypogastricae und Berücksichtigung ihrer Topographie.

Faure - Paris gibt eine Statistik aus seiner Privatpraxis über die Resultate der erweiterten abdominalen Totalexstirpation, die er seit 17 Jahren ausschließlich anwendet. Von 24 Operierten starben 2 (= 8,33 %) an den Folgen der Operation, 5 (= 20,83 %) an Rezidiven. Bei 17 (= 70,83 %) Frauen trat Heilung ein; von diesen ist bei 13 seit der Operation eine Zeit von 20 Monaten bis $6^1/_2$ Jahren verstrichen. Faure ist zu der Überzeugung gelangt, daß dem Radium zwar eine bedeutende Wirkung auf die Carcinome zukomme, daß es aber niemals an Stelle der Operation angewandt werden soll, sondern stets nur postoperativ zur Verhütung von Rezidiven.

Berkeley - London teilt die an seinem Operationsmaterial berechnete Statistik mit. Bei 63 % Operationsfrequenz hatte er 22,5 % primäre Mortalität nach der Operation. 32,4 Rezidive und 25,4 % absolute Heilung.

Childe - Southsea betont einige Momente bei der Technik der Exstirpation des carcinomatösen Uterus, die ihm wichtig erscheinen. Besonderen Wert legt er auf die Vorbehandlung des Geschwulstkraters (Curettage, Kauterisation). Zum Abklemmen der Parametrien hat er eine eigene Klemme konstruiert.

Pujol y Brull-Barcelona übt stets die abdominale Totalexstirpation nach Wertheim und hatte selbst bei verzweifelten Fällen gute Resultate. Während der Operation legt er Uretersonden ein. Er hat bei allen geheilten Fällen eine auffallend große Zahl eosinophiler Zellen im Tumor gefunden.

Recasens-Madrid bevorzugt ebenfalls die abdominale Methode und ist für weitgehendste Indikationsstellung. Die vaginale Hysterektomie wäre nur bei ganz im Beginn der Erkrankung zur Operation gelangenden Fällen am Platz.

Dickinson-Brooklyn weist kurz auf das hin, was er in seinem Vortrag über seine Methode der zwei Nahtligaturen bei Hysterektomie gesagt hat.

Jacobs: Fibrôme utérin interstitiel et cancer du col. (Interstitielles Uterusfibrom und Cervixkrebs.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. 24, Nr. 3, S. 279—280. 1913.

Kasuistischer Beitrag. *Wiemer* (Herne).

Peterson, Reuben: The present status of the radical abdominal operation for cancer oft he uterus. (Der gegenwärtige Stand der radikalen abdominalen Operation wegen Uteruskrebs.) Physician a. surg. Bd. **35**, Nr. 2, S. 63 bis 67. 1913.

Jessup, D. S.: Mixed tumor of the uterus. (Ein gemischter Uterustumor.) (*Hahnemann hosp.*) Proceed. of the New York pathol. soc. Bd. **13**, Nr. 3/4, S. 81—83. 1913.

Bei einer 66jährigen verheirateten Patientin wurde wegen eines diagnostizierten Fibroms eine totale Hysterektomie ausgeführt. Exitus nach 10 Wochen. Sektion. Uterus ist vergrößert (11 × 9 × 6,5). Oberfläche glatt, Fundus ausgenommen. Im Innern des Organs sitzt ein von der Muscularis wie von einer Kapsel bedeckter Tumor. Mikroskopisch findet man: dem Spindelzellensarkom ähnliche Elemente, breite unregelmäßige von kubischem Epithel gefüllte Alveolen, carcinomatöse Massen, Inseln von hyalinem Knorpel. Die Tube zeigt eine kleine Metastase. Es handelt sich um einen gemischten Tumor des Uterus.
R. Chapius (Genf).

Huguier, Alphonse, et Lorrain: Chorio-épithéliome malin de la trompe utérine. (Chorionepitheliom der Tube.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88**, Nr. 7, S. 343—346. 1913.

30jährige Frau mit Bauchgeschwulst, die Pat. für Schwangerschaft hielt; 2monatliche Amenorrhöe; neben dem Uterus ein doppelfaustgroßer derber Tumor, der als Tubargravidität angesprochen wurde. Wegen Verwachsungen mit dem Uterus und cystischer Degeneration der Ovarien abdominelle Totalexstirpation. Beschreibung des Präparates, Abbildung. Histologisch Chorionepitheliom. Im ganzen sollen 13 Beobachtungen derart bekannt sein. *Schröder.*

Engström, Otto: Beobachtungen über malignes Chorionepitheliom. Mitteilg. a. d. gynaekol. Klin. Otto Engström Bd. **10**, H. 3, S. 175—201. 1913.

Verf. teilt fünf ausführliche Krankengeschichten von malignem Chorion-Epitheliom aus seiner Klinik mit.

Fall I. Typisches metastatisches Chorionepitheliom in der Vagina ohne Geschwulstbildung im Uterus oder einer der Tuben. Die Geschwulst wird in anscheinend gesundem Gewebe exstirpiert, rezidiviert aber bald in loco. In den 2 folgenden Monaten wird die Operation 2 mal erneuert. $4^3/_4$ Monate nach der 1. Operation Exitus. Der Scheidentumor kann als Metastase einer primär in der Placenta entwickelten Neubildung aufgefaßt werden, die schon aus dem Uterus ausgestoßen ist. Man kann aber auch annehmen, daß von dem in uterine Venen normalerweise eindringenden, proliferierenden Chorionepithel losgerissene Zellgruben in eine Vaginalvene verschleppt worden und dort nicht untergegangen waren, sondern fortfuhren zu leben und begannen, maligne zu proliferieren. — Fall 2. Atypisches Chorionepitheliom in der Vagina bei gleichzeitiger Blasenmole im Corpus uteri, die sich tief in die Gebärmutterwand hineingefressen und sogar stellenweise die seröse Bekleidung des Gebärmutterkörpers durchbrochen hat. In den Lumina der Blutgefäße finden sich sowohl Langhanssche Zellen als Syncytium in größeren und kleineren Gruppen. Auf eine ganz unbestreitbare Weise erweist die metastatische Verschleppung von ektodermalen Elementen in die Vaginalwand bei diesem Falle, daß eine Blasenmole Anlaß eines Chorionepithelioms werden kann. $1^1/_4$ Jahr nach der supravaginalen Uterusamputation und der 3 Wochen später erfolgten Exstirpation des Scheidentumors ist Patientin vollkommen gesund. — Fall 3. Typisches, weit vorgeschrittenes Chorionepitheliom in einem stark vergrößerten Uterus mit Metastasen in der Vagina und dem Beckenzellgewebe. 3 Stunden nach der vaginalen Totalexstirpation Exitus. — Fall 4. Typisches Chorionepitheliom mit Metastasen in der großen Schamlippe, der Leber und den Lungen im Anschluß an eine rechtzeitig beendete Schwangerschaft. 1 Jahr nach der vaginalen Totalexstirpation Exitus. — Fall 5. Typisches Chorionepitheliom mit Metastasen in der Vagina, dem Beckenzellgewebe, der

Leber und den Lungen. 7 Monate nach der Molengeburt Curettage, dem 2 Monate später eine zweite folgt. Weitere 10 Monate später abdominelle Uterusexstirpation. Bald nach dem Eingriff Exitus infolge des vorher schon sehr desolaten Zustandes der Patientin. *Ebeler* (Köln).

Polosson, Aug., et H. Viollet: Etude clinique des chorio-épithéliomes. (Klinische Studie über das Chorioepitheliom.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21**, H. 8, S. 225—230. 1913.

Unter Benutzung französischer und deutscher Literatur behandelt Verf. kurz Ätiologie, Symptome, Diagnose und Therapie des Chorioepithelioms, ohne neue Gesichtspunkte zu bringen. Hervorgehoben wird, daß trotz der Möglichkeit einer Spontanausheilung (23 Fälle bekannt) die Radikaloperation ratsam ist. Bei dieser in 295 Fällen 198 mal Heilung. *Moos* (Breslau).

Huguier, Alphonse, et Lorrain: Chorio-épithéliome de l'utérus. (Chorionepitheliom des Uterus.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88**, Nr. 7, S. 341—343. 1913.

Kasuistische Mitteilung. 29jähr. Kranke mit übelriechendem blutigen Ausfluß, wegen Placentarretention zweimal im Ablauf von $^3/_4$ Jahren curettiert, zuerst nach einer Geburt; dann atypische abdominelle Radikaloperation. Mikroskopisch malignes Chorionepitheliom, das den Uteruskörper und -hals zerstört hatte und auch schon ins kleine Becken gewuchert war. *R. Schröder* (Rostock).

Lenormant, Ch.: L'association du prolapsus rectal et du prolapsus utéro-vaginal. L'hystéro-colopexie et ses indications. (Das vereinte Vorkommen von Rectal und Utero-vaginal-Prolaps. Die Hysterokolopexie und ihre Indikationen.) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 6, S. 321—335. 1913.

Beide haben eine gemeinsame Ursache, die Insuffizienz des Beckenbodens, unter diesem sind alle Weichteile verstanden, die die Beckenhöhle verschließen: Beckenaponeurose mit ihren Ligamenten und Gefäßzügen, Levator ani, oberflächliche Muskeln und die Perinealfascien. Gelegenheitsursachen für den Prolaps sind vor allem häufige Geburten, abnorme Tiefe des Douglas, Retroversio uteri, häufige, starke Kraftanstrengungen. Besondere Ursache dafür, daß auch das Rectum vorfällt, ist abnorme Länge der Flexur und ihres Gekröses. Therapie: Fixation des Uterus an der vorderen Bauchwand (Methode je nach Alter der Patientin), Obliteration des Douglas, Fixation der Flexur an der hinteren Fläche des Uterus und der Ligg. lata und an der Vorderfläche des linken Psoas. Hierauf Kolpoperineorrhaphie, bei klaffendem Anus Metallring nach Thiersch oder andere plastische Operationen. Bei Rectalprolaps allein ist der Uterus jedesmal auch zu fixieren. Bei Genitalprolaps allein genügen perineale und vaginale Operationen. Sollte es einmal dabei zu einer Laparotomie kommen, so ist auch das nicht prolabierte Kolon zu fixieren. *Mathes* (Graz).

Delassus: Exohystéropexie ou suspension de l'utérus en hamac, comme traitement des prolapsus génitaux. (Exohysteropexie oder Fixation des Uterus in Hängemattenform als Behandlungsart der Genitalprolapse.) Semaine gynécol. Jg. **18**, Nr. 31, S. 245—246. 1913.

Nach Aufzählung der verschiedenen operativen und nichtoperativen Methoden der Behandlung des Prolapses Beschreibung der sogenannten Exohysteropexie, der Fixation des Uterus an die Bauchdecken außerhalb der Bauchhöhle: Laparotomie, Resektion beider Adnexe, Schluß der Bauchhöhle von oben nach unten, die letzten Nähte fassen die Adnexstümpfe mit. Einige Nähte fixieren den Uterus an der unteren Seite der Recti, Heilung nach kleinem Hämatom an der Nahtlinie. Ähnliche Operationen wurden schon von Kocher u. a. gemacht, Verf. erwähnt aber ausdrücklich die Entfernung der Adnexe, die andererwärts nicht streng durchgeführt sei, und die Fixation der Stümpfe. Die Methode wird als die sicherste bei schweren Prolapsen empfohlen. Kolporrhaphien sind meist außerdem erforderlich. *Ponfick.*

Beuttner: Die transversale, fundale Keilexcision des Uterus als Vorakt zur Exstirpation doppelseitig erkrankter Adnexe mit Erhaltung der Menstruation. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Diese Operationsmethode gründet sich auf die von Faure angegebenen Prinzipien,

die Adnexe von der Mittellinie nach der Beckenwand und von unten nach oben anzugreifen. Es wird eine transversale Keilexcision des Uterusfundus gemacht nach vorheriger präventiver Blutstillung mittelst Umstechung der Uteruskanten; der excidierte Uteruskeil wird hierauf in der Medianlinie gespalten und aus dem entsprechenden Ligamentum latum mit einigen Scherenschnitten befreit. Die Uteruswunde, die bis in das Cavum reichen soll, wird hierauf sofort vernäht. Nun werden zuerst die linken, dann die rechten Adnexe von unten nach oben und von innen nach außen entfernt. Vernähung der Lig. lata. Das Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand wird jetzt auf die hintere, obere Uteruswand, direkt hinter der vernähten Uteruswunde, von links nach rechts aufgenäht; dadurch wird diese gewissermaßen extraperitonealisiert und der Uterus (der sich oft in fixierter Retroflexion befindet) dauernd in mobile Anteflexion gebracht. Welches sind die Vorteile dieser Operationsmethode? Sie gestattet die Erhaltung der Menstrualfunktion und bekämpft wirksam die chronische Metritis. Welches sind die Resultate? Die Menstruationsbeschwerden verschwinden; die Menstruation wird normal sowohl hinsichtlich der Menge als der Dauer der Blutung.

Dickinson: Über Catgut-Nahtligaturen bei Hysterektomie. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Abdominale Hysterektomien können wesentlich vereinfacht werden durch Verminderung der Zahl der Nähte und Ligaturen. Dickinson bespricht sein in 22 Fällen mit gutem Erfolg geübtes Verfahren, das im wesentlichen aus einer Massennahtligatur der Ligamenta lata besteht.

Bonneau, Raymond: Inondation péritonéale par rupture spontanée d'une veine utéro-ovarienne. (Überschwemmung des Peritoneums durch Spontanruptur einer uteroovariellen Vene.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 4. S. 244—246. 1913.

Bei einer 35jährigen Frau trat während der Arbeit ein plötzlicher Kollaps ein. Bonneau machte in der Wohnung an der stark ausgebluteten Frau die Laparotomie wegen Verdacht auf Extrauteringravidität. Er fand eine kleine geplatzte uteroovarielle Vene links, aus der es langsam blutete. Nach Unterbindung derselben erholte sich später die Frau und wurde bis auf einen Bauchbruch geheilt. Solche Blutungen entstehen meist durch Platzen variköser Venen, aber sie können auch einmal durch Abreißen einer Verwachsung mit den Nachbarorganen hervorgerufen werden. *Bretz* (Bonn).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Pozzi, S., et Rouhier: Ovaire géant. (Riesenovarium.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 7, S. 369—371. 1913.

Das Ovarium war 7,5 cm lang, 3 cm breit, 2 cm dick. Klinisch trat es durch unregelmäßige, starke Blutungen und heftige Unterleibsschmerzen, links mehr wie rechts in Erscheinung. Laparatomie, Entfernung des linken Adnexes. Der Uterus von 3fachem Volumen und das rechte, auch sehr bedeutend vergrößerte Ovar werden zurückgelassen. Die mikroskopische Untersuchung ergab starke Hyperplasie des Ovarialgewebes mit erheblicher Follikelatresie. *Moos* (Breslau).

Silhol, Sur les inconvénients de la chirurgie conservatrice quand il s'agit de kystes de l'ovaire. (Über die Nachteile der konservativen Chirurgie im Gebiet der Ovarialcysten.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 2, Nr. 4, S. 338—352. 1913.

Nach einer Übersicht über den Stand der Frage in der Literatur und zahlreichen statistischen Zitaten schließt Verf.: Die Ovarialerkrankungen sind fast immer bilateral, besonders wenn sie maligne sind. Bei den Cysten weiß man fast nie vorher, ob sie bösartig oder gutartig sind. Das ganz gesund aussehende Ovarium kann schon mikroskopisch erkrankt sein. Bei Rezidiv des zweiten Ovariums ist es immer möglich, eine zweite Operation zu machen, aber die beiderseitige Exstirpation ist doch vorsichtiger. *R. Chapuis* (Genf).

Kudoh: Zum Studium der Histogenese der Ovarialdermoide. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Ausführliche Besprechung der einschlägigen Literatur, hierauf eingehende Be-

sprechung von 5 selbst beobachteten Fällen mit genauer mikroskopischer Untersuchung. In sämtlichen Präparaten fanden sich Derivate aller 3 Keimblätter. Kudoh ist daher gegen die Theorie der versprengten Hautteile und gegen die Bandlersche Theorie der ektodermalen Einstülpung, sondern glaubt an die Entstehung der Ovarialdermoide aus einer unbefruchteten Eizelle (Wilms - Pfannenstiel).

Stewart, Mattew, J., On the occurrence of irritation giant cells in dermoid and epidermoid cysts. (Über das Auftreten von durch Reizung hervorgerufenen Riesenzellen in Dermoid- und Epidermoidcysten). (*Leeds gen. infirm.*) Journal of pathol. a. bacteriol. Bd. **17**, Nr. 4, S. 502—507. 1913.

Bei den meisten Dermoiden der Ovarien zeigt die Umgebung des embryonalen Rudiments teratomatöse Struktur, während der Rest der Cyste von einer Lage Granulationsgewebe begrenzt ist mit vielen Riesenzellen. Die Riesenzellen zeigen den Charakter der Zellen, die infolge eines Reizes, namentlich durch Fremdkörper erscheinen. Beides, die Riesenzellen und das Granulationsgewebe, bildet sich infolge des Reizes des Dermoidbreies auf die unbedeckte Bindegewebswand der Cyste. Etwas ähnliches erlebt man bei der experimentellen subcutanen Einspritzung von Cholestearin, Fettsäuren usw. Man findet die angegebene Struktur auch in Dermoiden, in denen sich keine Haare befinden, so daß sie also bei der Bildung der Riesenzellen usw. keine Rolle spielen. *Wiemer* (Herne).

Hamlin, Mont. M.: A remarkable case. (Ein bemerkenswerter Fall). Americ. med. journal Bd. **41**, Nr. 7, S. 621—623. 1913.

Es handelte sich um eine ca. 70 Pfund schwere Ovarialcyste, die Hamlin mit Glück bei einer 56jährigen Frau entfernte. *Wiemer* (Herne).

Oulesko - Stroganoff, Claudine: Beitrag zum Studium der malignen Degeneration der Ovarialcysten. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Die proliferierenden Cysten sind als Übergangsformen zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen aufzufassen. Die Epithelhyperplasie, welche diese Gruppe von Tumoren charakterisiert, kennzeichnet ihre Tendenz zur malignen Degeneration. Bei den malignen degenerierten Cysten kann man in den Anfangsstadien histologische Beweise für ihre Entstehung aus den proliferierenden Cystomen finden.

Rouville de: A propos de trois cas de tuberculose annexielle. (Vorschläge zur Therapie der Adnextuberkulose auf Grund von 3 eigenen Fällen.) Montpellier méd. Bd. **37**, Nr. 30, S. 73—80 u. Nr. 31, S. 97—102. 1913.

Angaben über Häufigkeit der Genitaltuberkulose überhaupt und der Spezialformen (Adnextuberkulose). Besprechung der Therapie. Ursprünglich rein intern, dann chirurgisch, eine Zeitlang rein radikal. Jetzt steht zur Diskussion die Möglichkeit und der Nutzen eines konservativen Operierens bei Genitaltuberkulose. Dies wäre aus zwei Gründen angezeigt: 1. Um den Frauen die Gebärfähigkeit und 2. um ihnen die Regel zu erhalten. Punkt 1 hat wenig Aussicht auf Erfolg, da Konzeption nach konservativem Operieren äußerst selten, und wenn, dann sehr häufig in Form einer Extrauteringravidität auftritt; ad 2. Die Erwägungen über die Gefahren der Kastration und das Ausbleiben der Regel scheinen Verf. mehr wissenschaftlich-theoretisch, als durch Tatsachen begründet. Die beim konservativen Operieren zurückgelassene scheinbar gesunde Tube ist in sehr vielen Fällen tuberkulös und der Ausgangspunkt für ein Rezidiv. Rosthann nimmt an, daß die Adnextuberkulosen „immer" doppelseitig auftreten. Verf. glaubt an eine Spontanheilung zurückgelassener tuberkulöser Tuben usw. nur unter ganz beschränkten Bedingungen. Der einfachen Laparotomie kann Verf. keinen irgendwie heilenden Einfluß auf die Tuberkulose zubilligen, auch nicht für die Form mit Ascites. Bei den schweren peritonealen Formen hält Verf. ein konservatives Operieren für angezeigt, weil es nicht gelingt, radikal zu operieren und weil durch den Versuch, eine Radikaloperation erzwingen zu wollen, die Pat. großer Lebensgefahr ausgesetzt werden. Mitteilung von 3 Fällen; einer mit intraligamentär entwickelter Pyosalpinx. *Hauser* (Rostock).

Patel et Olivier: De la thérapeutique chirurgicale conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. (Über die chirurgische konservative Therapie der Adnextuberkulose.) Rev. de gynécol. Bd. **21**, Nr. 1, S. 23 bis 38. 1913.

Die Verff. haben unter 121 Fällen von operierten Adnextuberkulosen jene ausgesucht, die konservativ operiert worden sind. Als konservative Operationen erklären sie einfache Laparotomie, dann auf vaginalem oder abdominellem Wege teilweise oder vollkommene Entfernung der Adnexe unter Zurücklassung des Uterus. Aufstellen von 33 Fällen, die nach diesen Methoden operiert und dann nachuntersucht worden sind. Erfolg der Operation in den einzelnen Fällen. — Schlüsse aus diesen Erfolgen. Vaginale Operation wird verworfen, weil sie nur ein Operieren im Dunkeln gestattet und die Resultate schlecht sind. Unter 16 vaginal Operierten mußten 12 wieder operiert werden. Vaginale Methode wird zur Eröffnung von Douglas-Abscessen empfohlen. Einfache Laparotomie ist zu verurteilen; Ascites, der entfernt wurde, kommt wieder; einfach seröse Entzündungen der Tuben können geheilt werden, tiefer sitzende Veränderungen bleiben unbeeinflußt; deshalb häufige Rezidive nach einfacher Laparotomie. — Uterus allein zurückzulassen, ist auch zwecklos. Das Operationstrauma durch Mitentfernen des Uterus ist im Verhältnis zu den Gefahren, die ein Zurückbleiben des Uterus in sich birgt (ebenfalls tuberkulöse Erkrankung, Entstehen von Neubildungen usw.) wenig zu berücksichtigen. — Konservative Operationen im eigentlichen Sinne des Wortes, indem nur die erkrankten Organe entfernt werden, das andere zurückbleibt, sind sehr zu überlegen, da Gefahr des Rezidivs sehr groß; nach Simmond sind in $^9/_{10}$ aller Fälle beide Adnexe erkrankt, auch wenn makroskopisch keine Veränderungen vorhanden sind. Beschwerden durch Ausfallserscheinungen bei Radikaloperationen im Verhältnis zu den Gefahren bei Zurückbleiben erkrankter Organe nur gering. Konservative Operation nur in zwei Fällen zu raten, nämlich bei kaltem Absceß der Tube und bei Hydrosalpinx tuberculosa, die verhältnismäßig gutartige Erkrankungen darstellen. Niemals bei Erkrankung der Ovarien konservativ operieren. *Hauser* (Rostock).

Calmann, A.: Ein Beitrag zur Behandlung langdauernder, fieberhafter, eitriger Adnexerkrankungen. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 35, S. 953—957. 1913.

In früheren Zeiten unter chirurgischem Einfluß die Therapie der eitrigen Adnexitis sehr radikal, heutzutage Behandlung konservativ, solange kein zwingender Grund zu operativem Vorgehen gegeben. Bei frischen Adnexerkrankungen operationslos Heilungsprozent 90, bei chronischen Fällen, wo hie und da Operation nötig, konservativ chirurgisches Vorgehen. Bei den Douglas weit vorwölbenden Eitersäcken vaginale Incision, die auch die Heilung hochliegender Abscesse wesentlich abkürzt. Incision parallel dem Lig. Pouparti zu Bauchwandhernie führend und Sekundärnaht erfordernd. Adnex- und Totalexstirpation nicht immer zu umgehen, indes strenge Indikationsstellung erfordernd bei Komplikation mit Append., Perforation in Nachbarschaft, Myome. Bei den monatelang fiebernden, meist puerperalen eitrigen Adnexitiden mit Ovarbeteiligung, die vaginal nur schwer eröffenbar, ungünstig zu drainieren, in mächtige Schwarten eingebettet, mit Därmen verlötet, und hochsitzend, oft auf seitliche Darmbeinschaufel sitzend, günstig die von Dührssen ausgearbeitete, einseitige bzw. beiderseitige Durchtrennung der Parametrien nach vorangehender Umstechung (laterale Colpotomie).

Technik: Schnitt von Mitte des vorderen Scheidengewölbes in das seitliche auf die Portio, Ablösung der Blase, Durchschneidung des Lig. cardinale nach lateraler Umstechung. Hierdurch Freilegung des unteren Teils des Tumors, Eröffnung dieses und ev. Annähung der Absceßwände an die Scheidenwundränder, Einlage eines Drainrohrs in die Absceßhöhle, Reponierung der Blase, Naht der Scheidenwunde. Von der Eröffnung der Plica vesico-ut. und des Douglas, wie sie Dührssen vereinzelt nötig hatte, konnte Verf. bisher absehen, mußte jedoch mehrmals das Lig. latum ein Stück durchtrennen und konnte so Douglas und Blase sehr hoch nach oben schieben. Verf. fügt dann 8 auf diese Art operierte Fälle an, darunter 2 vereiterte Hämotocelen. 7 Patienten völlig genesen, 1 sehr gebessert objektiv und subjektiv, konnte dann nach einem Jahre radikal operiert werden. Die Incisionöffnung sei weit, das Drainrohr dick und liege noch

3—4 Wochen nach Fieberabfall. Zum Schluß erwähnt dann Verf., daß Stratz eine laterale Colpot. bekannt gab (Zentralbl. f. Gynaekol. 1899), die jedoch wegen Gefahr einer Verletzung des Ureters und der Art. ut. sich nicht eingebürgert hat. *v. Miltner* (München).

Bauchorgane:

Friedman, Louis: Retrograde incarcerated hernia: hernia „en W". (Retrograde incarcerierte Hernie: Hernie „en W".) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 1, S. 97—103. 1913.

Verf. hat alle bisher in der Literatur beschriebenen Fälle von incarcerierten Hernien gesammelt, bei denen zwei Schlingen im Herniensack und eine im Abdomen liegen und so die Form des Buchstaben „W" bilden. Dabei wird gewöhnlich die Schlinge im Abdomen gangränös, weil 1. direkter Druck und Abschnürung am Hernienring des Mesenteriums und seiner Gefäße besteht, 2. durch Drehung des Mesenteriums um seine Längsachse mit Fixationspunkt am Hernienring, 3. durch Druck und Zug auf das Mesenterium der Verbindungsschlinge durch die Schlinge und ihr Mesenterium im Herniensack, 4. weil das Mesenterium der Verbindungsschlinge den Kontraktionsring zweimal passiert, indem es sich selbst verdoppelt und so die Zirkulation unterbricht. Instruktive Abbildungen. *Weißwange* (Dresden).

Burrus, J. T.: Abdominal adhesions. (Abdominale Adhäsionen.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18**, Nr. 9, S. 218—220. 1913.

Zur Illustration der Wichtigkeit von abdominalen Adhäsionen für Diagnose und Therapie berichtet Verf. über drei Fälle aus seiner Praxis.

Die Diagnose „Gallensteine" erwies sich bei einer 22jährigen Pat. mit häufigen, heftigen Schmerzanfällen als irrig; dagegen war die Gallenblase fest mit dem Darm verwachsen. Im zweiten Fall gingen von der Flexura splenica coli breite, bandartige Adhäsionen aus, die das Lumen einer Darmschlinge beinahe völlig zusammenschnürten. Der dritte Fall betrifft einen Knaben, dem 22 Tage nach Exstirpation einer perforierten eitrigen Appendix bei der Relaparotomie 15 feste Adhäsionen durchtrennt wurden, durch welche die Darmwände an den verschiedensten Stellen eng gegeneinander gepreßt waren. Bei allen 3 Patienten erfolgte glatte Rekonvaleszenz und Dauerheilung von ihren Beschwerden.

Diejenigen Verwachsungen, welche unabhängig von operativen Eingriffen durch Infektion der serösen Häute entstanden sind und als Ursache von Schmerzen zum Arzte führen, werden nach Ansicht des Verf. immer chirurgisch behandelt werden müssen. Wegen postoperativer Adhäsionen sollte, wenn der Darm nicht abgeschnürt ist, erst nach 9—12 Monaten zur zweiten Operation geschritten werden. *Weishaupt* (Berlin).

Watson, B. P., General peritonitis in gynaecological and obstetrical practice. (Allgemeine Peritonitis in der gynaekologischen und geburtshilflichen Praxis.) Canad. practit. a. rev. Bd. **38**, Nr. 2, S. 85—93. 1913.

Allgemeine Peritonitis der Frau kann in vielen Fällen vermieden werden bei Vergegenwärtigung der zugrunde liegenden pathologischen Verhältnisse. Hauptquelle der peritonealen Infektion ist die Tube, doch gelangt durch Verdickung und Verklebung der Fimbrien meist das infektiöse Material nur langsam in die Bauchhöhle. Wegen Gefahr der allgemeinen Peritonitis soll im Frühstadium der Pyosalpinx nicht operiert werden, vielmehr nur bei drohender Ruptur. Hierzu Fälle des Verfassers. Zur Verhütung der puerperalen Peritonitis wird größte Vorsicht bei allen Eingriffen im Puerperium wegen der gesteigerten Virulenz der Scheidenbakterien angeraten, z. B. bei Retentio post abortum. Falls keine Blutung da ist, sollte nur die Fowlersche Lage und ein Uterustonicum (Ergotin) angewandt werden. Die Resultate selbst bei frühzeitig behandelter puerperaler Peritonitis sind lange nicht so gut, wie z. B. bei perforiertem Ulcus oder Appendix, kompliziert durch schlechten Allgemeinzustand der durch Toxine geschwächten Patientin und zweitens durch die Unmöglichkeit, in manchen Fällen die Quelle der Infektion zu beseitigen. Sehr schlechte Prognose bei Anwesenheit des Streptokokkus, noch dazu im Blut. Behandlung der allgemeinen Peritonitis: Wenn möglich Entfernung der Infektionsquelle durch Encheirese. Kein Ausspülen, wenn der Prozeß auf das Becken beschränkt ist, es werden nur neue Stellen frisch infiziert. Liegen die Bakterien noch extracellulär — was während der Operation mikroskopisch festgestellt wird —,

so wird ausgewaschen! Drainage abdominal, ist Exsudat im Douglas, dann auch zur Vagina. *Weißwange* (Dresden).

Bassler, Anthony: Ulcerative colitis. (Geschwürige Kolitis.) Interstate med. journal Bd. **20**, Nr. 8, S. 707—716. 1913.

Im Anschluß an eine Übersicht über die verschiedenen Formen und Ursachen ulcerativer Prozesse im Kolon: sekundäre Formen nach Nephritis, Gicht, Bleivergiftung; primäre Formen: amöboide Dysenterie, Shigas, bacilläre Dysenterie, Tuberkulose, Syphilis, maligne Tumoren usw., geht Bassler näher ein auf die Pathologie und die Symptome der drei bacillären Formen: endemische amöboide Dysenterie, epidemische bacilläre Dysenterie und besonders eine chronische Form von Dysenterie, die im gemäßigten Klima nicht selten ist und durch Bacterium coli communis von hoher Virulenz hervorgerufen wird. Die Bakterien sind in großer Zahl in den tieferen Teilen des Verdauungstractus zu finden, sie zerstören die Gewebe und erzeugen Ulcera. Es handelt sich entweder um eine besondere Art von Bacterium coli oder um eine besonders hohe Virulenz. Im Tierversuch sind diese Bakterien viel pathogener als die gewöhnlichen Kolibakterien. Auch die Agglutinationsfähigkeit der Sera ist bedeutend stärker als gewöhnlich.

Nach ausführlicher Beschreibung der Symptome und Behandlung dieser Formen von Dysenterie beschreibt Verf. einen eigenen Fall von Koliinfektion, bei dem man mit dem Sigmoidoskop ein großes Ulcus sah. Mit Rücksicht auf den Zustand des Kranken und auf den lokalen Befund wurde eine Appendikostomie ausgeführt und tägliche Spülungen der Öffnung mit Salzlösungen vorgenommen. Die Fistel schloß sich allmählich und der Kranke genas und nahm 35 Pfund zu. *Eckert* (Dortmund).

Moschcowitz, Eli: Decidual reaction in the appendix. (Deciduale Reaktion in der Appendix.) Proceed. of the New York pathol. soc. Bd. **13**, Nr. 3/4, S. 49—52. 1913.

Eine gelegentlich einer Tubargravidität mitentfernte Appendix zeigte ausgesprochene Umwandlung der subperitonealen Bindegewebszellen in Deziduazellen mit gleichzeitiger Rundzellanhäufung. Das Serosaendothel zeigte Schwellung und Vergrößerung. *Albrecht* (München).

Buchanan, J. J.: A case of acute intestinal obstruction from Meckel's diverticulum. Diagnosed before operation. (Ein Fall von akutem Darmverschluß infolge Meckelschen Divertikels; diagnostiziert vor der Operation.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 9, S. 347—348. 1913.

Nyulasy, Arthur J.: Case of volvulus of the ileum. (Fall von Volvulus des Ileum.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 108, S. 1157—1158. 1913.

Horsley, J. Shelton: Experimental transplantation of intestine after extensive excision of the sigmoid. (Experimentelle Darmtransplantation nach ausgedehnter Excision des Sigmoideum.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 8, S. 544—547. 1913.

Bisweilen wird Excision eines größeren Stückes des Sigmoideum nötig. Um hier einen künstlichen After zu vermeiden, transplantiert Horsley ein Stück Ileum in folgender Weise: Excision des Sigmoideum, Verschluß der proximalen Öffnung, Abtrennung des Ileum ca. 5 cm von der Valvula ileocoecalis entfernt, Verschluß der distalen Öffnung, Vereinigung des Ileum mit dem unteren Ende des Sigmoideum und schließlich laterale Anastomose zwischen Ileum und Colon descendens oder transversum. Angabe von Details; Abbildungen. *Weißwange* (Dresden).

Royster, Hubert A.: Sigmoid adhesion. (Adhäsionen des Sigmoideum.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 2, S. 207—209. 1913.

Royster macht auf die Wichtigkeit der Adhäsionen des Sigmoideum aufmerksam, welche ganz bestimmte Symptome machen. Charakteristisch ist der linksseitige Leibschmerz während der Defäkation. Verstopfung ist gewöhnlich, aber nicht immer vorhanden. Das linke Ovarium, welches oft fälschlich als Ursache der Schmerzen angesehen wird, ist selten beteiligt, häufiger die linke Tube. Die Diagnose basiert auf den subjektiven Beschwerden bei Ausschluß anderer Beckenerkrankungen. Das Krankheitsbild wird nur erzeugt durch Fixation des Sigmoideum in abnormer Lage, am

häufigsten weit nach unten am Lig. latum oder über der Tube. Ätiologisch kommen sowohl Adnexerkrankungen als Entzündungen des Darms infolge von Fäulnisvorgängen in Frage. R. hat 24 Fälle beobachtet, von denen 2 besonders typische mitgeteilt werden. Die Behandlung besteht in querer Durchschneidung und Längsvernähung der Adhäsionen und Peritonisierung gesetzter Defekte. Große Bauchschnitte entweder median oder — häufiger — am linken Rectusrand. *Mac Lean* (Wurzen).

Harnorgane:

Schiffmann, Josef, Zur Kenntnis der Blutung ins Nierenlager. (*K. k. Krankenh. Wieden, Wien.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. **4**, H. 3, S. 114—123. 1913.

Während traumatische perirenale Hämatome sowie sekundäre infolge von Tuberkulose und Tumoren besser bekannt sind, wurde das Krankheitsbild des spontanperirenalen Hämatoms, der renalen Apoplexie, die Wunderlich bereits 1856 genau beschrieben hat, meist nicht erkannt. Dabei kommt es zu plötzlichem starken Erguß ins Nierenlager von der Oberfläche der Niere her, ohne daß sich Blut in die ableitenden Harnwege ergießt. Als Ursache wird Arteriosklerose, Nephritis und Nebennierenblutung (Koch) angegeben. Bisher nur wenige Fälle bekannt (Läwen, Joseph, Ricker). Neuer Fall aus Halbans Klinik.

26jährige Patientin, bekam nach schwerem Partus vor 3 Jahren eine Blasenscheidenfistel mit ventilartigem Verschluß, zeitweise floß der ganze Urin durch die Scheide, dann trat aber auch stunden- und tagelang eine totale Retention ein. Bei einer solchen kollabierte Pat., der Leib schwoll an unter Schmerzen und der Exitus trat ein. Sektion: 1500 ccm blutige Flüssigkeit in abdomine. Retroperitonealer Bluterguß bis über die rechte Niere. Fettkapsel von Blutgerinnseln durchwühlt, die Nierenkapsel zerrissen und durch Koagula abgehoben. Chronische parenchymatöse Nephritis besonders rechts. In der Rinde ein rezenter Bluterguß, nirgends ein Gefäß zu sehen, das als Quelle der Blutung anzusehen.

Wahrscheinlich handelt es sich, wie im Falle Rickers, um capilläre Diapedesisblutung in der Nierenkapsel und im Nierenfettbett, infolge einer vorgeschrittenen Nephritis. Wie in anderen Fällen war auch hier eine Urinretention als auslösendes Moment anzunehmen, während die Nephritis prädisponierend wirkte. *Knorr* (Berlin).

Percy, J. F.: Nephritis, its treatment with thyroid as a preliminary to operation. (Behandlung der Nephritis mit Schilddrüsenpräparaten als Vorbereitung zu operativen Eingriffen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 6, S. 380—383. 1913.

Verf. hat schon in einer früheren Arbeit darauf hingewiesen, daß sich die Verwendung von Thyreoidpräparaten bei der Behandlung der echten Nephritis als vorteilhaft erweist. Es soll dies auf der Beeinflussung des Abbaus der Nahrungsstoffe, spez. des Eiweißes beruhen, wodurch die mangelhafte Funktion der Nieren ausgeglichen werde. Vornehmlich hat sich die Schilddrüsenbehandlung als eines der wirksamsten Mittel in der Bekämpfung der Netzhauterkrankungen bei Nephritis erwiesen. Auch bei der Kombination von Nephritis und Diabetes scheint diese Therapie von Wert zu sein. An der Hand von zwei eigenen Fällen empfiehlt Verf. seine Methode auch, um Nephritiker für irgendeinen operativen Eingriff vorzubereiten. Er beginnt bei absoluter Bettruhe mit kleinen Dosen von 0,1 g 6 mal pro die in der ersten Woche, steigt dann auf 10 mal 0,1 g und reduziert die verabreichte Menge auf 4—6 mal 0,1 g, sobald der Urin normal geworden ist. Die Gefahr des Hyperthyreoidismus sei nicht zu fürchten, solange noch Zylinder und Albumen im Harn vorhanden. Weiterhin wird das Mittel empfohlen in der Nachbehandlung, wenn operative Eingriffe am Urogenitaltrakt vorgenommen wurden. Nicht angezeigt sind Schilddrüsenpräparate in Fällen von sekundärer Nephritis bei fortgeschrittenen Herz- und Leberveränderungen, sowie bei den aufsteigenden Infektionen der Harnwege. *Hagen* (Nürnberg).

Nixon, P. I.: Pyelitis as a clinical entity. (Die Pyelitis in ihrer klinischen Erscheinung.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 7, S. 462—467. 1913.

Kurzer Überblick über Ätiologie, Infektionsmodus, Symptome, Diagnose, Therapie und Prognose der Pyelitis, der im allgemeinen nichts Neues bringt. Bei den Symptomen

ist die Einteilung des Verf. in vier Arten von Fällen interessant, nämlich solche mit reinen Harnsymptomen (Nieren-Blasen-Erscheinungen), solche mit malariaähnlichem Verlauf (Regelmäßigkeit der Temperaturkurve und der Schüttelfröste), solche mit sepsisähnlichen Erscheinungen, und solche die wie Typhus verlaufen. Bezüglich der Therapie ist der Hinweis auf die Arbeiten von Burnam wichtig, nach denen Hexamethylentetramin nur dann wirksam ist, wenn es in solchen Mengen gegeben wird, daß im Urin Formaldehyd nachweisbar ist. Da die Toleranzbreite bei den verschiedenen Menschen sehr verschieden ist, sollten diese Untersuchungen nie unterlassen werden.

Kneise (Halle a. S.).

Evans, J. Howell: A clinical lecture on tuberculosis of the urinary tract. (Klinische Vorlesung über Tuberkulose des Harnapparates.) Lancet Bd. 185, Nr. 4692, S. 273—275. 1913.

Kurzer Überblick über Diagnose und Therapie der Nieren-Blasen-Tuberkulose vom Standpunkte des Chirurgen aus, der uns außer der Empfehlung einer endovesicalen Anwendung des Radiums mittels eines Ureterencystoskopes nichts Neues bringt.

Kneise (Halle a. S.).

Le Filliatre: Gros rein polykystique suppuré avec hémorragie grave intrakystique. Ablation chez une femme infectée très affaiblie et anémiée, avec anesthésie par rachico caïnisation lombo-sacrée. Guérison rapide. (Vereiterter polycystischer Nierentumor mit starker Blutung in die Cysten. Entfernung desselben bei einer infizierten sehr geschwächten und blutleeren Frau in Lumbalanästhesie. Rasche Heilung.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 86, Nr. 7, S. 389—393. 1913.

Hatte seit 11 Jahren Blutungen; Operation wurde von verschiedenen namhaften Urologen abgelehnt. Sie wurde im Verlaufe einer fieberhaften Parotitis ausgeführt. Die Niere wog 1,350 kg.

Knorr (Berlin).

Joly, J. Swift: Three unusual cases of renal tumour, with a discussion of the operative treatment of the condition. (Drei ungewöhnliche Fälle von Nierentumor mit Bemerkungen über deren operative Therapie.) Practitioner Bd. 91, Nr. 2, S. 179—191. 1913.

Die ersten beiden Fälle betreffen Hypernephrome; im einen Falle ragte das untere ausgezogene Fragment des ins Nierenbecken breit vorgedrungenen Tumors zeitweise durchs Ureterenostium bis in die Blase vor; der 2. Fall ist bemerkenswert wegen der abundanten Blutungen, die in Zwischenräumen auftraten und auch durch einfache Palpation der Niere hervorgerufen werden konnten. Im 3. Fall handelte es sich um ein außerordentlich großes primäres Nierencarcinom, das als einziges Symptom in der Zeit von 5 Jahren Blutungen in großen Zwischenräumen (bis zu 1 Jahr) verursacht.

Um die bisher schlechten Erfolge der chirurgischen Behandlung maligner Nierentumoren zu bessern, ist die Entfernung der Niere mitsamt der Fettkapsel, der Nebenniere, den Lymphdrüsen und Lymphgefäßen im Zusammenhang nötig nach Grégoire. Vorauszuschicken ist die Laparotomie, um sich über die Ausbreitung des Tumors auf Drüsen (entlang der Vena cava bzw. Aorta), sowie auf andere Organe und über die Operabilität überhaupt zu orientieren. Verf. empfiehlt hierzu einen T-Schnitt (horizontal lumbal, vertikal abdominal).

Albrecht (München).

Legueu: Indications et contre-indications opératoires dans les reins. (Operative Indikationen und Kontraindikationen in der Nierenchirurgie.) Rev. prat. des mal. des organes génito-urin. Jg. 10, Nr. 58, S. 286—292. 1913.

Der Autor teilt die Nieren in alterierte und gesunde, vom Gesichtspunkte der Steinerkrankung. Bei einer alterierten, infizierten Niere ist die Nephrektomie die Operation der Wahl. Bei gesunder oder relativ gesunder Niere macht es der Autor von der Lage der die Operation veranlassenden Steine abhängig, wie operiert werden soll. Sitzen die Steine in den Calyces, dann Nephrektomie. Die Mobilisierung wird durch abschüssige Lage der Patienten während der Operation erleichtert. Sitzen die Steine im Becken, dann Pyelotomie, welche manchmal bei Verlagerung der Niere unmöglich ist und durch die Nephrektomie zu ersetzen ist.

Weibel (Wien).

Furniss, Henry Dawson: Large bilateral renal calculi forming casts of the pelvis. Radiographs. (Große doppelseitige Nierensteine, die einen Abguß des Nierenbeckens bilden. Röntgenaufnahmen.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 27. III. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 342—343. 1913.

Bei 47jähriger Patientin traten seit 6 Jahren heftige Schmerzen in beiden Nierengegenden auf, anfangs alle 6 Monate, später in immer kürzeren Intervallen. Dabei Erbrechen und Dysurie. Schließlich Hämaturie und Pyurie. Aus beiden Ureteren Eiter. Radiographisch beiderseits Schatten, die auf großen, das Nierenbecken ausfüllenden Stein hindeuten. Wegen der gestörten Nierenfunktion (Phlenolsulphonphthalein wurde verspätet ausgeschieden) nur rechtsseitige Nephrolithotomie. Die Entfernung des linksseitigen Steines wird verschoben. Während der Rekonvaleszenz extreme Schwäche und viel Erbrechen. *Knorr* (Berlin).

Eisendrath, Daniel N.: Bilateral urinary calculi. (Doppelseitige Harnsteine.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 2, S. 218—225. 1913.

Doppelseitige Harnsteine können in verschiedener Weise vorkommen: a) in beiden Nieren, b) in beiden Nieren und in einem der beiden Ureteren, c) in der Niere der einen Seite und dem Ureter der anderen Seite, d) in der Niere der einen Seite und in beiden Ureteren, und endlich e) nur in beiden Ureteren. Die Symptome beiderseitiger Nierensteine sind wesentlich verschieden von denen einseitiger Steinbildung, und ihre klinische Bewertung hängt sehr von der Funktion beider Nieren und ferner davon ab, ob kalkulöse Anurie besteht oder nicht. Doppelseitige Steine kamen unter den Steinkranken des Michael Reese Hospital in Chicago in 20% vor. Klinisches Bild: 1. Schmerzen auf der einen Seite, auf der anderen keine Beschwerden, trotzdem beiderseits Röntgen positiv. 2. Schmerzen abwechselnd auf der einen oder der anderen Seite und Schatten auf beiden Seiten. 3. Bestimmte sichere Zeichen auf beiden Seiten (selten). 4. Anurie oder frühere Attacken von Anurie mit anderen Steinsymptomen. Anurie ist bei doppelseitigen Steinen sehr häufig. Frühoperation, d. h. in längstens 5 Tagen vor Eintritt der Urämie ist nötig, Radiographie die beste diagnostische Methode. Am Michael Reese-Hospital wird mittels einer Platte die Aufnahme beider Nieren und des Lumbalteils beider Ureteren gemacht; auf einer 2. Platte werden die iliacalen und pelvinen Anteile der Ureteren und die Blase mittels Kompression durch Luffaschwamm aufgenommen, wenn der Patient nicht zu fett ist. Im Gegensatz zu den meisten Autoren, die ein zweiseitiges Vorgehen empfehlen, ist Eisendrath für Watsons Vorschlag, zuerst die schlechtere Niere zu operieren und wenn dieselbe nicht suffizient ist, in derselben Sitzung die andere.

Zum Schluß werden 2 Fälle von Rezidiv doppelseitiger Steine, einer bei einer Frau, angeführt, wo zweimal auf beiden Seiten nephrektomiert wurde. Außerdem sind 2 Fälle von Legueu und einer von Farr bekannt, also zusammen 6 mit den hier hier berichteten (einer davon ist von McArthur). Das Rezidivieren ist meist durch Infektion bedingt, kommt aber auch bei aseptischen Fällen vor. Ferner waren im M. R. Hospital noch 5 Fälle von doppelseitigen Nierensteinen beobachtet worden, die kurz erwähnt werden. Eine Patientin, bei der wegen starker Blutung bei der Pyelolithotomie die rechte Niere entfernt werden mußte, machte ein normales Kindbett durch. *Knorr* (Berlin).

Papin, E., et de Berne-Lagarde: Anatomie chirurgicale de l'uretère pelvien chez la femme. (Chirurgische Anatomie des Becken-Ureters bei der Frau.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 7, S. 1—10. 1913.

Ausführliche, für Chirurgen und Gynaekologen berechnete Anatomie des Ureters in seinem Verlaufe innerhalb des kleinen Beckens, die Verlauf, Form, arterielle und venöse Versorgung, Lymphbahnen und Nerven, die Ureterscheide und die Beziehungen des Ureters zu allen benachbarten Organen usw. berücksichtigt, und deshalb zu einem kurzen Referate nicht geeignet ist. Die Arbeit muß im Originale studiert werden. *Kneise* (Halle a. S.).

Griffith, F. Webb: The etiology and treatment of cystitis in women. (Ätiologie und Therapie der Cystitis bei der Frau.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 7, S. 459—461. 1913.

Überblick über die verschiedenen gynaekologischen Affektionen und Operationen,

infolge deren wir es mit Blasensymptomen und wahren Cystitiden zu tun haben. Besondere Berücksichtigung der postoperativen Cystitis und ihrer Ursachen, die Verf. dadurch eingehender studierte, daß er vor und nach Operationen Urin steril entnahm und kulturell untersuchte. Er kam auf Grund seiner Resultate zur Überzeugung, daß wir schon häufig vor den Operationen Bakterien im Urin haben, die aber latent bleiben (häufig dieselben Erreger, die die gynaekologischen Affektionen bedingen), und die erst infolge der Insulte bei der Operation virulent werden. Deshalb Empfehlung entsprechender Prophylaxe. Weiterhin Forderung einer exakten Nomenklatur der verschiedenen Formen der Cystitis je nach den Erregern und dementsprechend dann auch eine kausale Therapie, sowohl lokal als allgemein, dies besonders bei der Tuberkulose.

Kneise (Halle a. S.).

Legueu, Épingle à cheveux dans la vessie. (Haarnadel in der Blase.) Rev. prat. des mal. des org. génito-urin. Jg. **10,** Nr. 57, S. 203—208. 1913.

Bericht über einen Fall mit sekundärer Steinbildung, anschließend klinische Erörterung von Diagnose und Therapie. *Albrecht* (München).

Santini, Carlo: Ricerche sperimentali sull' embolia gasosa in seguito a insufflazione d' aria nella vescica. (Experimentale Untersuchungen über Gasembolie nach Lufteinblasung in die Blase.) (*Clin. chirurg., univ., Bologna.*) Bull. d. scienze med. Jg. **84,** Nr. 8, 491—500. 1913.

Die an 12 Hunden ausgeführten Untersuchungen wurden veranlaßt durch zwei von Nicolich und Marion publizierte Todesfälle, die sich bei der Prostatatektomie nach Luftanfüllung der Blase ereigneten. Nach den mikroskopischen Befunden in den Nieren der Versuchstiere ergab sich, daß es sich in den obigen Fällen wahrscheinlich um einen Durchtritt der Luft durch die Blasenvenen handelte, nicht um ein Aufsteigen in den Ureteren. Bei gesunder Blase tritt die Luft auch bei starkem Drucke nicht in die Ureteren, weil zuerst die Blase reißt. Damit sie in die Höhe tritt, ist es notwendig, die Muskelbündel zu schädigen, welche die hintere Wand des Harnleiters an seiner Durchtrittsstelle durch die Blase verstärken. Wenn man Luft direkt in den Harnleiter injiziert, ist es möglich, im Nierenparenchym eine Gasembolie zu erzeugen. Der Weg, den die Luft nimmt, sind die Sammelröhren, absorbiert wird sie zwischen der Rindensubstanz und der Marksubstanz. Es genügt ein minimaler Druck, um von einer Blasenvene aus, die zerrissen ist, Lufteintritt in die Cava und das rechte Herz zu bewirken. Auf die letztere Weise sind alle Gasembolien zu erklären. *Knorr.*

Livermore, George R.: Vesical calculus, with report of cases. (Über Blasensteine, mit kasuistischen Mitteilungen.) Journal of the Tennessee State med. assoc. Bd. **6,** Nr. 4, S. 147—151. 1913.

Im Vortrag und besonders der anschließenden Diskussion Mitteilung einer Reihe sehr interessanter Blasensteinfälle, wie sie nur die Ärzte noch zu sehen bekommen, die abseits größerer Kulturzentren und unter Halbkultivierten leben. Im übrigen bezüglich Ätiologie, Diagnose und Therapie nichts Neues. *Kneise* (Halle a. S.).

Woolsey, George: Rupture of the bladder. With report of three unusual cases. (Blasenzerreißung. Mitteilung dreier ungewöhnlicher Fälle.) Ann. of surg. Bd. **58,** Nr. 2, S. 244—251. 1913.

Die meisten Fälle sind entweder intraperitoneal oder extraperitoneal. Die letzteren sind meist mit einer Beckenfraktur verbunden. Erstere sind häufiger, selten ist eine Kombination beider. Außer den violenten Rupturen, die meist bei voller Blase sich ereignen, kommen auch idiopathische vor.

Bericht über 3 Fälle (sämtlich Männer). Im 1. Falle trat nachts plötzlich ohne äußere Veranlassung wohl infolge Überdehnung der Blase eine intraperitoneale Ruptur auf, die am 4. Tag p. o. letal verlief. Auch im 2. Falle war ein Trauma auszuschließen, seit mehreren Tagen bestanden heftige Schmerzen, Erbrechen, Spannung des Leibes, aber normale Urination. Es wurde Appendicitis angenommen, bei der Laparotomie fand sich eine große Menge eitrigen Urins retroperitoneal bis zu den Nieren. Der größere Teil des Urins lief durch eine Incision ab. Cystokopisch wurde ein Riß hinter dem rechten Ureter gefunden, kein Ulcus, kein Divertikel Heilung. Im 3. Fall handelte es sich um eine traumatische extraperitoneale Ruptur, wie sich bei Laparotomie zeigte. In allen 3 Fällen wurde zur Diagnose die Injektion von sterilem

Wasser bestimmter Quantität gemacht, was ungefährlich ist, wenn bald darauf operiert wird. Wenn Seidennähte gelegt werden, dürfen sie nicht durch die Mucosa gelegt werden, bei Catgut ist es unschädlich. Trendelenburgsche Lage ist für Nähte an der hinteren Wand notwendig. Woolsey empfiehlt den Dauerkatheter für die ersten Tage, dann öfteren Kathetismus. Die Mortalität war für 29 Fälle von 1892 bis 1907 24%. *Knorr* (Berlin).

Buerger, Leo: A clinical study of the application of improved intravesical operative methods in diagnosis and therapy. (Klinische Studie über Anwendung verbesserter intravesicaler Operationsmethoden zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.) Med. record Bd. **83,** Nr. 25, S. 1114 bis 1119. 1913.

Verf. beschreibt ein von ihm selbst angegebenes verbessertes Operationscystoskop samt Zubehör. Die einzelnen Details der Konstruktion des Instruments sowie seiner Technik im Gebrauch eignen sich nicht zu kurzem Referat. Nach Verf. kann das Cystoskop in Verwendung kommen: 1. zur Exstirpation kleiner Geschwülste, 2. zur Excision verdächtiger pathologischer Schleimhautveränderungen (Tuberkulose, Metastasen), 3. zur Zertrümmerung und Entfernung kleiner Steine, 4. zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Blase, 5. zur Abtragung von Papillomen mittels der Drahtschlinge, 6. zur Dilatationsbehandlung der Ureter, 7. zur Excision von Geschwüren aus diagnostischen oder therapeutischen Erwägungen, 8. zur probatorischen oder therapeutischen Incision von Cysten in der Blase, 9. zum gleichzeitigen Katheterismus von drei und mehr Ureteren, 10. zu Teilexcisionen aus der Uretermündung bei Verdacht auf Nierentuberkulose. *Hagen* (Nürnberg).

Bachrach, Robert: Über endovesicale und endourethrale Behandlung mit Hochfrequenzströmen. (*Rothschildspit., Wien.*) Folia urol. Bd. **7,** Nr. **11,** S. 685 bis 692. 1913.

Bericht über die Resultate, die Verf. mit der durch E. Beer (Neuyork) eingeführten Hochfrequenzstrombehandlung von Blasengeschwülsten auf endovesicalem Wege erzielte. Er behandelte 20 Fälle mit dem Originalapparat, der den Oudinschen Hochfrequenzstrom benutzt, und zwar mit ausgezeichnetem Erfolge, und dehnte danach die Anwendung auch auf endourethrale Affektionen aus. Auf Grund seiner Erfahrungen kommt er zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. die endovesicale Anwendung des Hochfrequenzstromes ist für die Behandlung gutartiger Papillome der Blase ein souveränes Mittel, das Gefahren nicht in sich schließt. 2. Unter 20 so behandelten Kranken waren drei Implantationsmetastasen; sie blieben nach der Behandlung über ein Jahr frei von Rezidiv. 3. Für große und ausgedehnte Papillome und Carcinome ist die Methode nicht geeignet, sie bleiben der Sectio alta vorbehalten. 4. In der endourethralen Behandlung leistet die Methode unter Zuhilfenahme entsprechender urethroskopischer Instrumente vorzügliche Dienste. *Kneise* (Halle a. S.).

McCaskey, G. W.: Functional diagnosis of kidney disease. (Funktionelle Diagnose der Nierenkrankheiten.) Lancet-clinic Bd. **110,** Nr. 7, S. 164 bis 171. 1913.

Die funktionelle Fähigkeit eines Organs zu bestimmen, ist eine der wichtigsten Aufgaben der Diagnose. Und zwar muß man unterscheiden zwischen der funktionellen Fähigkeit, die gewöhnlichen Erfordernisse des täglichen Lebens zu erfüllen, und jener Reservekraft, die plötzliche Belastungen des Organs bewältigt. Die letztere nun kann in weiten Grenzen schwanken. Sie kennen zu lernen, ist von großer Wichtigkeit. Man kann bei der Untersuchung der Niere diese Reservekraft studieren, indem man die Ausscheidung dreier wichtiger Bestandteile des Harns, nämlich des Harnstoffs, der Salze und des Wassers studiert, nachdem man sie in bestimmten, größeren Mengen per os gegeben hat. Zur Bestimmung der Harnstoffausscheidung gibt Verf. 30 g Harnstoff in Wasser gelöst mit einer Tasse Haferschleim; in den zweistündlich gelassenen Harnmengen wird der Harnstoff durch 24 Stunden bestimmt (Beispiele mit Kurven). Das Studium der verstärkten Salzeausscheidung ist recht schwierig, da außerhalb der Niere gelegene Einflüsse auf die Retention mitwirken. Will man den Grad der Salze-

retention feststellen, so ist es wichtig, vorher ein Salzegleichgewicht herbeizuführen. Das Studium der verstärkten Wasserausscheidung ist ebenfalls vielen Fehlerquellen unterworfen, doch glaubt Verf., daß es bei manchen Fällen von Oligurie unbestimmten Charakters wertvoll ist; Verf. gibt hier 300—400 ccm Wasser auf leeren Magen und hält die Wasserausscheidung für vermindert, wenn nicht innerhalb einer Stunde Polyurie erfolgt. Bei der Ausscheidung fremder Substanzen hat sich ihm am besten das Phenolsulfonphthalein bewährt; diese Methode gibt bei dem Aufwand eines Minimums an Zeit und Mühe sichere Resultate. Die Kryoskopie des Blutes ist eine sehr zuverlässige Probe auf die Nierenfunktion, läßt jedoch nur die molekulare Konzentration des Blutes erkennen, ohne zwischen Harnstoff- und Salzemolekülen zu differenzieren. *Colmers* (Coburg).

Hartmann, Henri, Données fournies par l'examen cystoscopique dans le cancer du col de l'utérus. (Ergebnisse der cystoskopischen Untersuchung bei Krebs des Cervix.) Paris med. Nr. 22, S. 523—525. 1913.

Die Cystoskopie muß die manuelle (besonders rectale!) Untersuchung in der Feststellung der Ausdehnung des Carcinoms unterstützen. Cystoskopische Bilder bei Ca der Cervix: 1. Hervorwölbung der Blase, je nach Sitz und Größe des Ca, des Hintergrundes (die Vorwölbung ist durch den interuretralen Muskel begrenzt) des Trigonum, (Vorwölbung speziell des Trigonum, die die Cystoskopie erschwert), des ganzen Blasenbodens (die Uretermündungen gehen nach außen und oben). Diese Erscheinungen sind nur mechanischen Ursprunges und ohne Wichtigkeit. Desgleichen 2. Zirkulationsstörungen: Anormale Vascularisation oder Durchblutungen. Wichtiger sind 3. Falten der Schleimhaut in Form von hellen Bändern, abwechselnd mit dunkeln. 4. Kissenartiges, breitfaltiges und bullöses Ödem ist nicht spezifisch, spricht aber für Reaktionen in der Nachbarschaft. 5. Kleine weiße Granulationen und opake harte Flecken sind spezifisch. 6. Partielle Einziehung des Trigonum ist sehr verdächtig, wenn sie nicht als Folge einer Vorwölbung auf der anderen Seite zu erklären. 6. Ödem und Kraterbildung an den Ureteren, Verzögerung, starkes Ausstoßen, Gespaltenheit des Urinstrahles, Fehlen der Faltung der Schleimhaut nach dem Ausspritzen des Strahles beweisen Beteiligung der Ureteren. *Mohr* (Berlin).

Ivens, Frances: The value of direct inspection in the diagnosis and treatment of disease of the female bladder. (Der Wert der direkten Inspektion für die Diagnose und Behandlung von Blasenkrankheiten beim Weibe.) Liverpool med.-chirurg. journal Bd. **33**, Nr. 64, S. 465—471. 1913.

Empfehlung der direkten Cystoskopie nach Kelly; 9 Fälle. *Liek* (Danzig).

Mouriquand, G.: L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine (épreuve d'Abel et Rowntree). (Die Phenolsulfonphthaleinprobe.) Lyon méd. Bd. **121**, Nr. 34, S. 297—301. 1913.

Bericht über die von Abel, bzw. Rowntree und Geraghty angegebene Phenolsulfonphthaleinprobe, die Verf. bei den Autoren selbst studierte, über die dort angewandte Technik und den diagnostischen Wert der Probe in der funktionellen Nierendiagnostik, über den Verf. persönlich noch keine größeren Erfahrungen hat, der aber inzwischen auch in Deutschland von den verschiedensten Seiten erprobt wird und einer sorgfältigen Prüfung wert erscheint. *Kneise* (Halle a. S.).

Mamma:

Nadal, Pierre: Cancer et tuberculose simultanée d'un ganglion axillaire. (Gleichzeitiges Vorkommen von Carcinom und Tuberkulose in einer axillaren Lymphdrüse.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 7, S. 354. 1913.

Scirrhus mammae mit zahlreichen Metastasen in den axillaren Lymphdrüsen, von denen eine zugleich typische Tuberkelknötchen mit Riesenzellen und teilweiser käsiger Degeneration zeigte. Die beiden pathologischen Prozesse sind durch eine Zone gesunden Gewebes voneinander getrennt. *Vaßmer* (Hannover).

Nadal, Pierre: Maladie kystique du sein avec kyste à cholestérine. (Cystenbildungen der Mamma mit Cholesterincyste.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 7, S. 355. 1913.

Neben wenig geräumigen Cysten mit aus epithelialen Trümmern hervorgegangenen, Prostatakonkrementen ähnlichen Formationen fand Verf. in einer amputierten Mamma zahlreiche größere mit riesenzellenhaltiger Granulationsschicht ausgekleidete Cysten, deren strukturlosem Inhalt zahllose Cholesterinkrystalle beigemischt waren und glaubt auch die letzteren Bildungen aus den ersteren ableiten zu können. *Vaßmer* (Hannover).

Nadal, Pierre: Evolution épidermoïdale désordonnée des éléments cellulaires dans un cancer du sein. (Übermäßige epidermoidale Umwandlung der zelligen Elemente eines Mammacarcinoms.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 7, S. 352. 1913.

Die verschieden weit zum Teil bis zur Verhornung vor sich gegangene epidermoidale Umwandlung betraf vor allem die isoliert liegenden Nester in dem plexiform sich ausbreitenden Teil des Scirrhus mammae einer 80jährigen Frau und ist um so leichter erklärbar, wenn man als Ausgangspunkt die Neubildung der weniger differenzierten Epithelien der größeren Milchgänge annimmt. *Vaßmer* (Hannover).

Nadal, Pierre: Envahissement rétrograde d'un ganglion dans un cancer du sein. (Retrograder carcinomatöser Einbruch in eine Lymphdrüse in einem Fall von Mammacarcinom.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 88, Nr. 7, S. 353—354. 1913.

Die Annahme der retrograden carcinomatösen Erkrankung der Lymphdrüse begründet Verf. mit dem histologischen Befunde, welcher die peripheren Schichten, die perifollikulären Zonen der Lymphdrüse frei von Carcinom, dagegen im Zentrum der Lymphdrüse einen circumscripten carcinomatösen Herd zeigte, wie Verf. annimmt als direkte Fortsetzung einer Lymphangitis carcinomatosa. *Vaßmer* (Hannover).

Bundschuh, Eduard: Über Carcinom und Tuberkulose derselben Mamma. (*Chirurg. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.*) Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 57, H. 1, S. 65—74. 1913.

Die histologische Untersuchung ergibt ein Carcinoma solidum simplex von tubulärem Bau, in das einige typische Tuberkel eingebettet sind. Die axillaren Lymphdrüsen enthalten ebenfalls tuberkulöse Prozesse, wenn auch die Hauptmasse von carcinomatösem Gewebe eingenommen ist. Außerdem alte Pleuraverwachsungen, alter Kreideherd im rechten Oberlappen; in den Hilusdrüsen frische und ältere Tuberkulose.

Für das Bestehen einer Tuberkulose fehlten sowohl anamnestische als klinische Anhaltspunkte. Nach dem anatomischen Befunde stellt der Krebs im vorliegenden Falle das primäre Leiden der Mamma dar, das vermutlich als Locus minoris resistentiae gewirkt und so den im Blute kreisenden Tuberkelbacillen einen günstigen Boden für ihre Weiterentwicklung geliefert hat. — Besprechung der übrigen, bisher veröffentlichten Fälle. *Holste* (Stettin).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Frankenstein, Kurt: Sammelreferat über die geburtshilfliche Literatur im dritten Vierteljahre 1912. Fortschr. d. Med. Jg. 31, Nr. 35, S. 958—967. 1913.

Kreutzmann, Henry J.: Erfahrungen aus der geburtshilflichen Privatpraxis in 25jähriger Tätigkeit. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, H. 3, S. 260 bis 270. 1913.

Interessanter Bericht aus der geburtshilflichen Privatpraxis eines deutschen, seit 25 Jahren in San Francisco praktizierenden Arztes, der seine geburtshilfliche Ausbildung als Assistenzarzt an der Erlanger Frauenklinik erlangt hat. Wertvoll ist der Bericht insofern, als er beweist, daß durch gewissenhafte Befolgung der klinisch erprobten Lehren der Operationsindikationen und Asepsis auch in der Praxis gute Erfolge erzielt werden können. Bei 1500 Entbindungen vielfach operativer Art, Kaiserschnitten, hohen Zangen, künstlicher Frühgeburt usw. kein mütterlicher Todesfall und nur 3 unter der operativen Geburt gestorbene Kinder. Nicht ohne Interesse ist die Anwendung des bei uns in Vergessenheit geratenen Chloroforms unter gleicher Indikation und an Stelle der Injektionsanästhetica. *Laubenburg* (Remscheid).

Perazzi, Piero: Sui fermenti proteolitici dell'urina in gravidanza et puerperio. (Über proteolytische Fermente des Harns in Schwangerschaft und

Wochenbett.) (*Scuola ostetr., Vercelli.*) Folia gynaecol. Bd. **8**, Nr. 1, S. 129 bis 151. 1913.

Der Verf. sucht die Frage zu lösen, ob in der Tat während der Gravidität eine Zunahme der proteolytischen Fermente im Harn zu konstatieren sei und woher dieselben stammen.

Zur Dosierung der Fermente wandte er die Methode von Costa an, indem er 2 g von Ovalbumin Merck 24 Stunden lang mit 150 ccm vorher neutralisierten und mit 50 ccm 4 prom. Salzsäurelösung angesäuerten Urins im Thermostat zu 38° C stehen ließ. Nach 24 Stunden, nachdem festgestellt war, daß die Flüssigkeit ihre sauere Reaktion beibehalten und keinen Geruch von Gärung aufwies, wurde dann das Albumen, das nicht aufgelöst worden, durch Erhitzen niedergeschlagen, auf einem Filter aufgefangen, getrocknet und gewogen. Der Gewichtsverlust des Albumens entsprach dem durch die Fermente aufgelösten Albumen.

Weiterhin studierte der Verf. den Unterschied im Fermentgehalt des Urins in der Schwangerschaft und im Puerperium. Bei 6 Frauen stellte er fest, daß ein merkliches Zunehmen der proteolytischen Fermente während der Schwangerschaft vorhanden war und daß diese Fermente in den ersten Tagen des Wochenbetts rasch abnehmen bis zur Norm; am 5.—8. Tage des Wochenbetts war der Gehalt sogar geringer als außerhalb des Puerperiums. Die Zunahme der peptischen Fermente im Urin während der Schwangerschaft beruht wahrscheinlich auf dem beständigen Zerfall von Placentargewebe und Eindringen desselben in den Kreislauf; bestätigt sich dies, so muß man beim Tiere auf experimentellem Wege durch Einspritzen von Placentargewebe dies zustande bringen. Er beobachtete in der Tat bei 6 Kaninchen, denen er Placentargewebe ins Bauchfell einbrachte, daß die auflösende Kraft des Urins deutlich gesteigert wurde. Die Zunahme der Fermente im Urin schwangerer Frauen stamme also wohl hauptsächlich aus der Placenta. *Klein* (Straßburg i. E.).

Morley, W. H.: The calcium content of the blood during pregnancy, labor and puerperium. (Der Calciumgehalt des Blutes während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 327—329. 1913.

Blair Bell unterscheidet die Periode des Wachstums, in der alles Calcium zur Bildung des Knochenskelettes gebraucht wird, die der Reproduktion, in der ein Überschuß abgegeben wird (Frau: an Foetus und Milch), die des Lebensabends, die kein Calcium mehr bedarf.

Technik der Calciumbestimmung: 100 ccm Blut in Phiole mit 250 ccm wässeriger Oxalsäure 1:30 versiegelt und geschüttelt. Nach 10 Minuten Zusatz von 250 ccm 1proz. Acid. acetic. 92 Teile: Glycerine 5 Teile, unter Gummikappe für 10 Minuten. Dann kräftiges Schütteln. 100 ccm der Mischung zu 500 ccm Aqu. destill. 1 Tropfen dieser Lösung auf den Thoma-Zeißschen Hämozytometer. 250 Quadrate sind mindestens zu zählen. 1,5—1,2 ist nach Blair-Bell die Norm der Calciumkrystall-Zahlen für mittleres Alter. Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen zeigten nun 1,2—0,06. *Mohr* (Berlin).

Schwangerschaft:

Johnstone: Junges menschliches Ei. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Das Präparat wurde von einer plötzlich gestorbenen Frau gewonnen, bei der intra vitam von einer bestehenden Schwangerschaft noch nichts bekannt war.

Wolff, Bruno: Über die Herkunft des Amnioswassers. (*Pathol. Inst., Univ. Rostock.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 31, S. 1437—1441. 1913.

Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Lehre vom Fruchtwasser. Neuere vergleichende Untersuchungen des osmotischen Druckes des Fruchtwassers und des Blutserums ergeben, daß das Amnioswasser unmöglich ein reines Filtrat aus dem mütterlichen Blute, keinesfalls also ausschließlich mütterlicher Herkunft sein kann. Nach den Untersuchungen von Polano charakterisiert sich das Fruchtwasser durchaus als ein fötales Sekretionsprodukt. Auf Grund von experimentellen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß: Der Liquor amnii ist als ein mütterliches Pro-

dukt überhaupt nicht anzusehen. Die alleinige direkte Quelle des Amnioswassers im lebenden Ei ist vielmehr die Frucht, die den Liquor amnii bereitet, aber selbstverständlich das Material, das sie dazu braucht, dem mütterlichen Organismus entnimmt. Dementsprechend ist das Fruchtwasser auch sowohl, was seine Quantität als was seine Qualität anbetrifft, bis zu einem gewissen Grade von der Beschaffenheit der mütterlichen Nährflüssigkeit abhängig. Unter den für die Produktion des Liquor amnii in Betracht kommenden Organen und Geweben des Foetus ist in erster Linie das amniotische Epithel zu nennen. Wie schon frühere Autoren, kommt auch Verf. auf Grund seiner Untersuchungen zu der Annahme einer sekretorischen Tätigkeit des amniotischen Epithels. Außer dem Amnionepithel kommen für die Fruchtwasserbereitung noch in Betracht die fötalen Nieren. Wie groß der Anteil der Nieren an der Fruchtwasserbereitung unter physiologischen Bedingungen ist, ist noch ungewiß. Unter gewissen pathologischen Verhältnissen ist eine reichliche Sekretausscheidung der Nieren im intrauterinen Leben als festgestellt zu betrachten (Beweis: Befunde bei eineiigen Zwillingen, Beobachtungen bei gewissen Mißgeburten, Experimente an nephrektomierten Tieren). Die Annahme einer rein fötalen Herkunft des Fruchtwassers hat Bedeutung für die Vorstellung von den Ursachen des Hydramnion und der Oligohydramnie. Erkrankungen der Mutter können zwar häufig den indirekten Anlaß zur Entstehung von Hydramnion geben, indem sie auf die sekretorischen Organe des Foetus einen besonderen Einfluß ausüben, die direkte Ursache der Anomalien der Fruchtwassermenge aber ist stets in einer veränderten Beschaffenheit des Eies zu suchen. Die Frage nach den Beziehungen zwischen Fruchtwasser und Mißgeburten, insonderheit die Frage nach der Bedeutung des Fruchtwassers für die formale und kausale Genese der Mißgeburten, wird durch das Resultat hinsichtlich der Herkunft des Fruchtwassers ebenfalls berührt. Bei der Annahme, daß das Fruchtwasser ein rein fötales Produkt ist, können manche Mißbildungen, wie Klumpfuß, angeborene Hüftgelenkluxation, nicht durch Mangel an Fruchtwasser ursächlich erklärt werden. Vielmehr wird man zu untersuchen haben, ob in solchen Fällen die Oligohydramnie nicht an sich schon auf einer Anomalie des Eies beruht. Die Untersuchungen über die Herkunft des Fruchtwassers liefern einen weiteren Beweis für die Aktivität und vitale Selbständigkeit des Eies. *Eisenbach.*

Plotkin, G.: Zur Frage von der Organspezifität der Schwangerschaftsfermente gegenüber Placenta. Bemerkung zu dem Artikel von E. Heilner und Th. Petri in Nr. 28 der Münch. med. Wochenschrift. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 35, S. 1942. 1913.

Heilner und Petri zweifeln die Organspezifität der Schwangerschaftsfermente gegenüber Placenta an. Sie haben mit Leber, Muskel, Eiweiß als abzubauende Substrate ebenfalls bei der Schwangerschaftsdiagnostik positive Resultate gesehen. Andererseits wird von Lampé und Papazolu die Spezifität der Abwehrfermente ganz besonders betont und auch durch ihre Untersuchungen bewiesen. Verf. legte sich bei seinen Untersuchungen die Frage vor, ob man die Reaktionen ohne Nachteil für Spezifität und Schärfe mit normalen resp. spezifisch erkrankten, frisch exstirpierten Organen anstellen dürfe, eine Frage, die Heilner und Petri irrelevant fanden. Plotkin meint, daß, wenn Heilner und Petri mit diesen drei Substraten positive Resultate gefunden hätten, man ev. an einen Zusammenhang dieser drei Substrate und der Gravidität denken könne, wie es von Lampé bei anderen Untersuchungen gefunden wurde. Andere Organe werden vielleicht nicht abgebaut; vielleicht würde man, wenn man alle Organe durchprüfte, bald mehr, bald weniger stark positive Reaktionen bekommen und so die Beziehung dieser Organe zur Schwangerschaft kennen lernen. Heilner und Petri hätten also den Ausfall der Reaktion nicht mit positiv und negativ, sondern mit Plus und Minus wie bei der Wassermannschen Reaktion bezeichnen sollen.

Heimann.

Ferrai, Carlo: Sulla specificità dei peptoni placentari nella diagnosi della gravidanza col metodo polarimetrico. (Über die Artbeschränktheit der Placen-

tarpeptone in der Diagnose der Schwangerschaft, bestimmt mit der polarimetrischen Methode.) Pathologica Bd. **5**, Nr. 114, S. 449—451. 1913.

Sera schwangerer Tiere wurden mit Lösungen von Placentarpeptonen des menschlichen Weibes, der Kuh und des Schweines zusammengebracht. Als Kontrolle diente die Reaktion der Sera nichtschwangerer Tiere auf dieselben Peptone. Die Sera nichtschwangerer Tiere übten keine peptolytische Wirkung auf die Placentarpeptone derselben oder einer anderen Spezies aus. Die Sera der schwangeren Tiere zeigten ihre Einwirkung nicht allein auf das Placentarpepton derselben Spezies, sondern auch auf jenes anderer Arten. Die Abwehrfermente, die sich im Serum schwangerer Tiere gegen Placentarelemente bilden, sind demnach spezifisch gegen ein bestimmtes Gewebe, nicht aber gegenüber der Tiergattung, der die Placenta angehört. *Stolz* (Graz).

Sakaki, C.: Über einige Phosphatide aus der menschlichen Placenta. Mitteilg. 3. (*Physiol.-chem. Inst., Univ. Kiushu.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **54**, H. 1/2. S. 1—4. 1913.

Verf. fand in der menschlichen Placenta eine dem Lecithin nahestehende Substanz. *Harf* (Berlin).

Thompson, William M.: The influence of the thyroid glands on pregnancy and lactation. (Der Einfluß der Schilddrüse auf Schwangerschaft und Milchsekretion.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 2, S. 226—231. 1913.

Klinische Beziehungen allgemein zugegeben. Zunächst entwicklungsgeschichtliche Betrachtungen, nach denen bei gewissen Wirbellosen anatomisch ein Zusammenhang zwischen Genitaltrakt und Schilddrüse besteht.

Bericht über einen Fall, in welchem eine 4 monatliche Schwangerschaft sich nach operativer Entfernung eines stark vergrößerten Schilddrüsenlappens ohne Aborterscheinungen zurückbildete. Die Frau war aber nicht in dauernder Beobachtung. Eine später vorgenommene Ausschabung ergab nur atrophische Decidua. 6 Monate später wieder Schwangerschaft, die normal verlief. Nach Besprechung der einschlägigen Literatur Bericht über 9 Experimente an trachtigen Hündinnen, von denen eine bei der Operation starb. 4mal wurde ein Schilddrüsenlappen entfernt. Normaler Wurf und reichliche Milchsekretion. 2mal ein Lappen entfernt, der andere zerstört. Beide Fälle tote Junge und Tod der Mutter. Einmal beide Lappen entfernt und ein Teil der Parathyroidea. Tetaniesymptome. 5 lebende Junge. Minimale Milchsekretion. Hündin und Junge starben innerhalb 5 Tagen nach dem Wurf. Eine Hündin, bei der beide Lappen entfernt worden und von einer anderen Hündin Schilddrüse an derselben Stelle implantiert worden war, lief davon, nachdem es ihr 2 Wochen gut gegangen war. *Rothe* (Breslau).

Nubiola: Elektrokardiographische Untersuchungen während der Schwangerschaft. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Das Elektrokardiogramm der Schwangeren zeigt, daß die Hyperfunktion sich auf das ganze Herz erstreckt; die relative Funktion der einzelnen Herzabschnitte ist normal. Das Elektrokardiogramm ist sehr wertvoll zur Beurteilung von Herzerkrankungen während der Schwangerschaft. Durch Anwendung einer vaginalen Elektrode kann man auch ein Elektrokardiogramm des Fötus aufnehmen.

Mühlen, G. v. z.: Fluor gravidarum. Petersburg. med. Zeitschr. Jg. **38**, Nr. 16, S. 193—195. 1913.

Literaturbesprechung. *Holste* (Stettin).

Daverne, Hémorragies de la grossesse. (Blutungen während der Schwangerschaft.) Année méd. de Caen Jg. **38**, Nr. 6, S. 273—283 u. Nr. 7. 1913.

Die Ursachen der Blutungen der ersten 6 Monate sind, abgesehen von extragenitalen Ursachen (Herzfehler, Blutkrankheiten aller Art) der Abort, die Endometritis decidua, Tubenschwangerschaft, Fibrom, Krebs und Molen. Die häufigste Ursache der Blutungen der letzten 3 Monate ist die Plac. praev. Die anatomischen Verschiedenheiten erfordern verschiedene Therapie. Nächst der Verblutungsgefahr besteht die Gefahr der Infektion, bei der die Mortalität mehr wie doppelt so groß ist. Bei leicht dilatablem Muttermund und bei schon eingetretener Infektion ist der Weg von unten gewiesen, bei geschlossenem, starrem Muttermund und Fehlen von Infektion der abdo-

minale Weg, ev. Porro bei Infektion. Der Weg von oben hat Vorteile, besonders auch für die Kinder, deren Mortalität über 50% beträgt. In Betracht kommt ferner die retroplacentare Blutung, die häufig mit Albuminurie verbunden ist. Die Therapie ist dieselbe wie bei Plac. praev., Porro bei Infektion und bei blutiger Durchtränkung der Uterusmuskulatur. Die Uterusruptur erfolgt bei Hindernissen im Becken, bei Tumoren, in alten Kaiserschnittnarben. Die Nachgeburtsblutungen haben zwei Ursachen, die Atonie und die Zerreißungen der weichen Geburtswege. Die Atonie ist entweder auf Überdehnung oder Erschöpfung, Ermüdung des Muskels zurückzuführen. Die Zerreißungen erfolgen bei geburtshilflichem Eingreifen zur unrechten Zeit, Dilatation nach Bossi. Diagnose: Blutung bei gut kontrahiertem Uterus. Therapie: Momburg, Tamponade, Naht, Transfusion, Serum. Genaue Beschreibung der Anwendung dieser therapeutischen Hilfsmittel. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Butement, W.: Case of hydatidiform degeneration of the chorion. (Blasenmole.) Austral. med. gaz. Bd. **34**, Nr. 1, S. 3. 1913.

Bei einer 25jähr. II Para mit mehrfach wässerig blutigem Ausfluß wird im 5. Schwangerschaftsmonat tiefer Placentarsitz konstatiert. Im 6. Monat Ausräumung einer Blasenmole, die weit in die Uteruswand eingedrungen ist; die blasigen Massen erreichen zusammen Doppel-Fußballgröße; kein Fötus. Exitus an Narkoseshock und starkem Blutverlust 5 Stunden nach Ausräumung. *Weishaupt* (Berlin).

Freece, Margaret A.: Indications for the interruption of pregnancy. (Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft.) Northwest med. Bd. 5, Nr. 8, S. 221—224. 1913.

1. Herzleiden. Nur Klappenveränderungen gelten als Indikation. Mitralstörungen sind ernster als solche der Aorta, besonders Stenosen. Komplikation beider ist am gefährlichsten (King). Genügende Kompensation ist abzuwarten. 2. Nierenerkrankungen. Zum Eingreifen berechtigen gewöhnlich nur chronische Nephritiden mit Gefahr der Urämie, seltener akute, nie die Schwangerschaftsniere (Anämie mit fettiger Degeneration des Epithels). Hirst rät zu Entleerung des Uterus, wenn der Blutdruck 180 übersteigt. 3. Unstillbares Erbrechen, nach Williams reflektorisch (Veränderungen des Sexualorgans), neurotisch (der Hysterie verwandt), toxämisch (Abnahme der Stickstoff-, Zunahme der Ammoniakabsonderung). 4. Prolaps, Ante- und Retroflexion des Uterus, sobald Gefahr für die Gewebe oder Verhaltung von Stuhl oder Urin eintritt. 5. Placenta praevia und Ablösung der normalsitzenden Placenta, wenn die dauernde Blutung gefährlich wird oder Überwachung nicht möglich. 6. Beckenenge bei einer Conjugata von 7—9 cm (King). 7. Fibrome, wenn Beschleunigung ihres Wachstums, Ruptur des Uterus, Neigung zu Blutungen post partum, Drucknekrose mit Sepsis oder Behinderung der Geburt zu befürchten. 8. Carcinom, ev. Indikation zu Kaiserschnitt. 9. Diabetes, Epilepsie, Anämie. 10. Absterben des Kindes bei früheren Schwangerschaften in den letzten Monaten. *Mohr* (Berlin).

Tuszkai: Über Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Hyperemesis und Herzkrankheiten. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Viele Fälle von Schwangerschaftserbrechen beruhen auf Hysterie und sind jeder beliebigen Suggestivtherapie leicht zugänglich. Andere Fälle sind nur als Symptome verschiedener Grundkrankheiten wie Gastritis, Peritonitis usw. aufzufassen und durch kausale Therapie heilbar. Die eigentliche Hyperemesis gravidarum kann nur durch Unterbrechung der Schwangerschaft behoben werden. Diese spezielle Erkrankung hat ihre Ursache in einer Reizung des Perimetriums durch den Druck des graviden Uterus, die sich auf das Peritoneum fortsetzt. Wenn alle anderen Ursachen für das Erbrechen ausgeschlossen werden können, wenn vaginale Kälte- oder Wärmeapplikation und länger dauerndes Fasten keinen Erfolg gehabt haben, wenn rapider Gewichtsverlust, Vermehrung des spezifischen Gewichtes des Urins und Verminderung seiner Chloride, sowie Abnahme der Zahl der Erythrocyten besteht, wenn Albumen und Nierenelemente im Harn nachgewiesen werden, dann soll man zunächst größere Opiumdosen (10 bis

15 cg pro die) versuchen und, wenn diese nicht wirken, sofort die Schwangerschaft unterbrechen. Was die Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung wegen Herzaffektionen anbelangt, so stützt T. seine Therapie auf die Beobachtung von 3 bis 4 Fällen. Durch die normale Hypertrophie des Herzens in den ersten Schwangerschaftsmonaten wird die physiologische Veränderung der Pulsbeschaffenheit bei Lagewechsel aufgehoben. Das Wiederauftreten dieser Pulsvariabilität im Verlaufe der Gravidität ist ein Zeichen von beginnender Inkompensation und muß bei der Therapie und event. Indikationsstellung zur Einleitung der Frühgeburt oder des Abortus stets berücksichtigt werden.

Durlacher: Über eine Frühgeburtseinleitung bei platt rachitischem Becken bei Gravidität des rechten Hornes eines Uterus bicornis unicollis mit einigen epikritischen Bemerkungen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 34, S. 1882—1883. 1913.

Künstliche Frühgeburt durch Blasensprengung bei der 4. Schwangerschaft. Außer dem Uterus ist das Becken anscheinend durch Exostose mißbildet, die speziell eine Verengerung des geraden Durchmessers verursachen (Vera $7^1/_2$). Durch Zange wird in Walcherscher Hängelage ein totes Kind entwickelt. Verf. hält für diesen Fall den Kaiserschnitt aus relativer Indikation für das richtige, die künstliche Frühgeburt für untunlich wegen schlechter Aussicht für das Kind, glaubt bei Verweigerung des Kaiserschnittes die Perforation nicht umgehen zu können. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Länsimäki, Toivo: Schwere Verletzung der Scheiden-Blasenwand bei krimineller Provokation von Abort. Letale Septicämie. Mitteilg. a. d. gynaekol. Klin. Otto Engström Bd. **10,** H. 3, S. 203—217. 1913.

Bericht eines wegen knapper und unsicherer Anamnese nicht eindeutigen Falles. 33jährige Dienerin suchte wegen drohenden Abortes infolge Sturzes über eine Treppe die Klinik auf. Verf. fand neben deutlichen Symptomen einer Schädelfraktur (Blutung aus Mund und Nase, periorbitale und subconjunctivale Blutungen, Erbrechen) in der vorderen Scheidewand einen für einen Finger passierbaren, eitrig belegten Wundkanal, der offenbar mit der Blase kommunizierte. Rascher Exitus. Die Sektion ergab, daß die Diagnose der Basisfraktur nicht stimmte, und daß die Sugillationen und Nasenbluten nur eine Folge der schweren Sepsis waren. Die grobe Perforation der Scheidenwand dürfte für Anwendung eines stumpfen Instrumentes nicht aber des Fingers (Angabe ante exitum) sprechen. *Dorn* (Kempten).

Sampson, John A.: The influence of ectopic pregnancy on the blood supply of the uterus with special reference to uterine bleeding; based on the study of twenty-five injected uteri associated with ectopic pregnancy. (Der Einfluß der ektopischen Schwangerschaft auf die Blutversorgung des Uterus, speziell mit Rücksicht auf Uterusblutungen; gestützt auf die Untersuchung von 25 injizierten Uteri kombiniert mit ektopischer Schwangerschaft.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68,** Nr. 2, S. 305—306. 1913.

Bei ektopischer Schwangerschaft ist der Uterus vergrößert hauptsächlich infolge Hyperämie und Verdickung des Endometriums. Die Veränderungen in letzterem sind dieselben wie in der Decidua vera früher intrauterinen Schwangerschaften und stehen anscheinend in Zusammenhang mit der arteriellen Gefäßversorgung. Die vennösen Hohlräume des Endometriums sind erweitert, am ausgesprochensten in den oberflächlichen Schichten der Decidua compacta, sowie an deren Berührungsstelle mit der Decidua spongiosa. Unterbrechung der Schwangerschaft wird gefolgt von Involution des Uterus. Diese dauert aber nach Tubargravidität meistens bedeutend länger wie nach intrauteriner Schwangerschaft. Der Beginn der Involution des Endometriums äußert sich in einer Dilatation der venösen Hohlräume, wahrscheinlich infolge regressiver Veränderungen im Stroma durch verminderte arterielle Blutzufuhr. Die Arterien werden im Präparat viel weniger deutlich. Nachher tritt venöses Blut aus ins Gewebe des Endometriums. Stammt dieses aus den venösen Hohlräumen an der Oberfläche der Compacta, so kann es in die Uterushöhle fließen ohne Mitnahme bedeutender decidualen Gewebsfetzen. Sind es dagegen die venösen Hohlräume an der Grenze der Decidua compacta und spongiosa, aus denen das Blut heraustritt, so wird die Compacta in Form decidualer Fetzen mit abgehoben. Dem regressiven Prozeß

folgen dann später reparative Vorgänge im Zusammenhang mit der Wiederherstellung der arteriellen Gefäßversorgung des Endometriums. — Die Uterusblutung während der ektopischen Gravidität ist venöser Natur und stammt aus dem venösen Plexus des Endometriums wahrscheinlich infolge regressiver Veränderungen in letzterem durch herabgesetzte arterielle Blutversorgung. Sie ist zu vergleichen mit der Blutung bei Subinvolution des Uterus infolge inkompletten Abortus. *Lamers* (Amsterdam).

Jacobs: Deux cas de grossesse extra-utérine. (Zwei Fälle von Extrauteringravidität.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **24**, Nr. 3, S. 280 bis 283. 1913.

Verf. glaubt, daß die Ursache der Extrauteringravidität in gleicher Weise wie in Veränderungen der Tube auch auf Veränderungen der Eierstockstätigkeit beruhen könne. *Wiemer* (Herne).

Baldwin, Y. F.: Two unusual cases of ectopic pregnancy; one a triplet. (Zwei ungewöhnliche Fälle von extrauteriner Schwangerschaft; darunter Drillinge.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 6, S. 392. 1913.

I. $37^1/_2$jähr. III.-Para. Letzter Partus vor 10 Jahren, 1 Abort vor 13 Jahren. 2. XII. 1912 Konsultation wegen seit 2 Jahren bestehenden Prolapses. Normale Menses vor 2 Wochen. Anscheinende Hyperplasie des Uterus mit fast vollständigem Prolapse. 3. XII. 1912 Operation: Curettage entleert bloß alte Fetzen, Kolpoperineographie. Laparotomie (behufs Hysterektomie mit Einpflanzung der Ligamenta in den Stumpf). Beide vergrößerte Tuben entfernt. Supravaginale Hysterektomie. In der l. Tube zwei, in der r. ein erbsengroßer Foetus gleichen Alters. (Literatur: Cruzen: Drillinge in 1 Tube, Launay; Zwillinge in der einen, 1 Foetus in der anderen Tube). — II. 47 jähr. III. Para. Letzter Partus vor 10 Jahren. Operation vor 7 Jahren wegen ektopischer Schwangerschaft von 12 Wochen. Konsultation 4. I. 1913. Menses im letzten Juni, August, Oktober und November ausgesetzt. Seit Dezember tropfender, dauernder Blutabgang. Schmerzen im unteren Abdomen. Kein plötzlicher Schmerz oder Kollaps. Weiche Masse im Douglas. Operation. In der zurückgelassenen Tube Foetus von $5^1/_2$ cm Länge. Uterus, der in zahlreiche Adhäsionen eingebettet, supravaginal amputiert, Einpflanzung der Ligamenta, Salpingektomie. Heilung. *Mohr* (Berlin).

Fruhinsholz, A.: Diabète et gestation. (Diabetes und Schwangerschaft.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, H. 8, S. 477—483. 1913.

Verf. berichtet über 3 Fälle. 1. Diabetes tritt bei einer Prädisponierten in der Schwangerschaft auf. Hydramnios, großes Kind, das bei der Entbindung abstirbt. Zangenentbindung mit schwierigem Entwickeln der Schultern; der Zuckergehalt stieg von 1,2 auf 6,4% maximal im 7. Monat; drohendes Coma diabeticum wurde durch diätetische Behandlung verhütet. 2. Diabetes wurde bei einer Frau konstatiert, die bereits 2mal ein sehr großes totes Kind geboren hatte; Diät, trotzdem Frühgeburt im angeblichen 8. Monat. Das asphyktisch geborene, aber leicht wiederbelebte Kind von 4920 g starb ohne erkennbare Ursache am 2. Tage. 3. Eine offenbar hereditär Syphilitische mit Diabetes; in den letzten beiden Schwangerschaften verschwindet der Zucker, tritt jedoch nach der Entbindung wieder auf. *Voigt* (Göttingen).

Lepage, G.: De la mort chez les choréiques pendant la grossesse. (Über den Tod an Chorea in der Gravidität.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, H. 8, S. 458—476. 1913.

Bei einer 25jährigen Zweit-Graviden, die bisher nur nervöse Beschwerden allgemeiner Art aber keine Chorea hatte, treten im 3. Lunarmonate choreatische Bewegungen auf, die sich rapid verschlimmern. Die motorische Unruhe, Schlaflosigkeit und schließlich auch sensorische Benommenheit sind weder durch Narkotica noch auch durch Infusion von 20 ccm Serum einer gesunden Schwangeren zu beeinflussen, so daß schließlich die Unterbrechung der Gravidität vorgenommen wird. Doch bleibt auch dieser Eingriff ohne Erfolg, und etwa 24 Stunden nach Entleerung des Uterus, 3 Wochen nach Auftreten der ersten choreatischen Symptome, tritt der Exitus ein. Obduktionsbefund fehlt.

Im Anschlusse an den ausführlichen Krankheitsbericht zitiert Verf. 33 Fälle tödlich verlaufener Chorea gravidarum. Unter diesen sind Schwangerschaften aller Stadien ziemlich gleichmäßig vertreten, die jüngste am Ende des zweiten Lunarmonates, viele am normalen Schwangerschaftsende resp. bereits in der Geburt begriffen. Bei 13 von ihnen wurde die Schwangerschaft künstlich unterbrochen resp. die im Gange befindliche Geburt beschleunigt, ohne daß eine deutliche Beeinflussung der Erkrankung zu konstatieren gewesen wäre. Verf. berichtet dann ferner über 5 Fälle, bei denen die künstliche Graviditätsunterbrechung rasche Heilung herbeiführte. Diese 5 Fälle waren

durchwegs in der ersten Hälfte der Graviditätsdauer. Die Besserung setzte meist schon mit Erweiterung des Cervicalkanales ein. Verf. kommt zum Schluß, daß der — spontanen oder künstlichen — Unterbrechung der Gravidität ein sicherer Heilungswert nicht zuzusprechen sei; trotzdem will er auf dieselbe beim Fehlen jeder anderen kausalen Therapie nicht verzichten. Als beunruhigende Symptome nennt er: 1. Große Intensität der motorischen Erscheinungen, wenn dieselben durch Narkotica kaum beeinflußt werden und die Ernährung stören; 2. Störungen des Bewußtseins, 3. Erhöhung von Pulsfrequenz und Temperatur; 4. Auftreten eines morbillenähnlichen Exanthems. Aus den bekannt gewordenen Obduktionsbefunden ist hervorzuheben, daß meist alle gröberen Veränderungen fehlen, doch sind ziemlich häufig ältere oder frische Veränderungen am Endokard zu finden. Es ist derzeit nicht möglich, den Anteil, welcher der „Graviditäts-Intoxikation" als Ursache der Chorea Schwangerer zukommt, zu bestimmen, noch auch die Gründe zu nennen, warum die Erkrankung bei einzelnen Graviden so bösartig verläuft. *Freund* (Wien).

Colorni, C.: Dermatosi (herpes zoster) complicante una gravidanza. (Herpes zoster als Komplikation einer Schwangerschaft.) Lucina Jg. **18**, Nr. 8, S. 117—121. 1913.

Die Erkrankung trat im Verlauf des 7. Interkostalnerven am Ende der Schwangerschaft auf, doch waren bereits in den ersten Tagen des Wochenbetts alle Erscheinungen wieder verschwunden. Colorni glaubt, daß derartige Erkrankungen vielfach auf Autointoxikation beruhen. *Wiemer* (Herne).

Passow, Carl Adolf: Zur Kasuistik von Psychosen während der Schwangerschaft. (*Nervenheilst., Eichenhain-Hamburg.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 36, S. 1662—1664. 1913.

Erblich belastete Frau, stigmata degenerationis, 4 gesunde Kinder. Erkrankte 36 jährig, 4 Wochen nach Ausbleiben der Periode, an schwerer Depression (Anton) mit auffallender Hautverfärbung, Exophthalmus und weitgehendem körperlichen Verfall. Urin frei, kein Fieber. Im 4. Monat Einleitung des künstlichen Abortes durch Dilatation und Uterus-Cervix-Scheidentamponade. Geringe Wehen, am 3. Tag wegen Schüttelfrost Ausräumung in Narkose. Frucht maceriert, sicher seit längerer Zeit abgestorben, aber noch nicht in Fäulnis übergegangen. Die Zersetzungsprodukte haben das schon vorher angegriffene und schlecht ernährte Gehirn weiterhin ungünstig beeinflußt. Daher Besserung erst nach vollendeter Entleerung des Uterus. Nach 4 Wochen konnte Patientin als psychisch gesundet, körperlich weitgehend gebessert angesehen werden. *Hölder* (Tübingen).

Ziegelmann, Gaussel: Du réveil des inflammations utéro-annexielles anciennes à l'occasion d'une grossesse. (Wiederaufflackern von alten Entzündungen des Uterus und der Adnexe durch Schwangerschaft.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 31, S. 619—620. 1913.

Leichte puerperale Infektionen werden von den Wöchnerinnen oft übersehen. Meist bleiben Störungen jedoch zurück, Schmerzen im Leib und Kreuz, schmerzhafte, häufige, stärkere Mensen, Weißfluß. — Frauen konzipieren lange Jahre nicht mehr. Beschwerden vermindern sich allmählich. Plötzliches Wiedererscheinen derselben, jedoch in erhöhtem Maße, unter Dazutreten von Beschwerden seitens der Blase und des Darmes. — Befund ergibt junge Gravidität. — Fragen: warum gewinnen die lange Jahre steril gewesenen Frauen wieder Konzeptionsfähigkeit; warum kann eine Gravidität die im allgemeinen leichten Erscheinungen einer alten Entzündung in erhöhtem Grade hervorrufen? Antwort: die ursprünglich durch die Entzündung in ihrem Lumen veränderte Tube wird wieder durchgängig, die Schleimhaut des Uterus wird wieder normal, es kann zur Gravidität kommen. — Durch die Gravidität erfolgt eine erhöhte Blutzufuhr zum Uterus; durch diesen Blutandrang und den Zug, den die wachsende Gebärmutter an den Adnexen ausübt, vermehren sich die Schmerzen; Weißfluß, der schon bei normaler Schwangerschaft besteht, tritt verstärkt auf bei früher infiziertem Uterus. Therapie: Keine Mittel, die für die Gravidität gefahrbringend sind, sondern Bettruhe, Morphiumsuppositorien usw. — Im vierten Monat verschwinden die Beschwerden spontan. *Hauser* (Rostock).

Davis: Die chirurgische Behandlung der Koliinfektion in der Schwangerschaft. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Die Infektion mit Bacillus coli communis in der Schwangerschaft betrifft entweder das Nierenbecken oder Appendix und Dickdarm. Die Symptome der Schwangerschaftspyelitis sind: Fieber, Schüttelfrost, Schmerz in der Nierengegend, vermehrte Leukocytose. Der Urin ist sauer und enthält reichlich Leukocyten und Kolibacillen. Die Gefahren der Infektion sind: allgemeine Sepsis, multiple Nierenabscesse, Fruchttod und Unterbrechung der Schwangerschaft. Die interne Medikation besteht in Bettruhe, Milchdiät, reichlicher Flüssigkeitszufuhr, Urotropin und milden Diureticis. Die lokale Behandlung besteht in Ureterenkatheterismus und Spülungen des Nierenbeckens mit verdünnten antiseptischen Lösungen. Führen diese therapeutischen Maßnahmen nicht in absehbarer Zeit zum Ziel, so ist die chirurgische Behandlung indiziert.

Davis hat 3 Fälle von rechtsseitiger Pyelitis erfolgreich mit Bloßlegung der Niere, Incision an ihrer konvexen Fläche und Drainage des Nierenbeckens behandelt. In keinem Falle kam es zum Abortus. Jedesmal wurde auch die Appendix wegen chronischen Katarrhs entfernt. D. berichtet ferner über einen Fall einer Erstgebärenden, die nach spontaner Entbindung an Puerperalfieber erkrankte. Es wurden keine Streptokokken gefunden und, da keine peritonitischen Symptome bei allgemeiner Schmerzhaftigkeit des Abdomens vorhanden waren, die Diagnose Pyosalpinx gestellt. Bei der Eröffnung des Abdomens wurde die verdickte Appendix entfernt: ihre Schleimhaut war gerötet und geschwollen. Übrige Beckenorgane normal. Colon transversum und descendens verdickt, gerötet, stellenweise ulceriert. Frische Adhäsionen werden gelöst. Drainage des Beckens und speziell des Appendixstumpfes. Heilung. Widal war negativ; Parasiten wurden in den Faeces nicht gefunden; keinerlei Anhaltspunkte für Syphilis, Gonorrhöe oder Tuberkulose. Es wurde daher die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Kolitis infolge exzessiver Koliinfektion gestellt.

Diskussion: Bar - Paris bezeichnet als die drei häufigsten Koliinfektionen die eitrige Nephritis, die Appendicitis und die Cholecystitis. Der häufigste diagnostische Irrtum bei der Nierenlokalisation ist die Verwechslung mit latenter Tuberkulose. Seine Therapie bei Pyelitis besteht in interner Medikation und in Ureterenkatheterismus mit folgender Drainage, was aber nach dem 7. Schwangerschaftsmonat meist nicht mehr möglich ist. Die Nephrotomie ist selten indiziert, da meist 6 Wochen post partum die Heilung spontan eintritt und man daher ruhig zuwarten kann. Wird dennoch ein Eingriff nach dem 8. Schwangerschaftsmonat nötig, so zieht er die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft vor, da es sich ja doch zumeist um eine beiderseitige Nierenerkrankung handelt. Auch im 6. und 7. Monat hilft die Nephrotomie nicht immer, und es muß ihr doch noch die Einleitung der Frühgeburt folgen. Bar kennt vier derartige Fälle.

Weibel - Wien berichtet über seine an der Klinik Wertheims gemachten hierhergehörigen Erfahrungen. Die Schwangerschaftspyelitis wird immer konservativ mit lange Zeit fortgesetzten Spülungen des Nierenbeckens behandelt. Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wurde niemals gemacht. Sämtliche Mütter und Kinder leben. Zur Differentialdiagnose gegen Appendicitis wird Ureterenkatheterismus geübt.

Wallich - Paris: Ein Drittel aller Schwangerschaftsalbuminurien beruhen auf durch Koli hervorgerufenen Eiterungen der Harnwege, deren Ursache wiederum häufig eine chronische Obstipation ist. Oft tritt durch die bloße Beseitigung der letzteren Heilung ein, und man erspart sich jeden chirurgischen Eingriff.

Rosenthal, Leo Brooks: Patent ductus arteriosus: report of a case complicated by pregnancy. (Persistenz des Ductus arteriosus: Beschreibung eines Falles, kompliziert mit Schwangerschaft.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 2, S. 252—262. 1913.

Nachdem Verf. eingehend die verschiedenen Theorien über die Ursache des Bestehenbleibens des Ductus arteriosus erörtert und der bisher in der Literatur beschriebenen Fälle Erwähnung getan hat, werden die klinischen Erscheinungen dieser Anormalität besprochen und des näheren auf die Krankheitserscheinungen bei der betreffenden Patientin eingegangen.

Der Fall soll einzig dastehen in der Literatur. Es handelte sich um eine 20jährige I-Para, die außer gelegentlichen Herzpalpitationen, trockenem Husten und Anfällen, während deren ein surrendes Geräusch im Brustkorb zu hören ist, nie Erscheinungen ihres kongenitalen Herzfehlers gehabt hat. Durch physikalische Untersuchung, deren Resultate genau beschrieben werden, wird die Diagnose gestellt. Der Zustand der Patientin bleibt auch während der Schwangerschaft absolut ungestört. Am richtigen Termin, gleich nach dem spontanen Blasensprung und ohne daß die Patientin zuvor innerlich untersucht worden ist, wird der geplante Kaiser-

schnitt ausgeführt und die subperitoneale Resektion beider Tuben angeschlossen. Nicht die geringste Herzstörung. Heilung ohne Zwischenfall. Die Frau hat das Kind neun Monate lang selbst genährt. Mehrere Pulskurven, Ortho- und Elektrokardiogramme sowie Abbildungen von durch Röntgendurchleuchtung gewonnenen Herzbildern erläutern den Text. Literatur. *Lamers.*

Myers, Frances Merriam, Some unusual obstetrical complications. With reports of cases. (Mitteilung einiger ungewöhnlichen geburtshilflichen Komplikationen). New York med. journal Bd. **97,** Nr. 23, S. 1178—1181. 1913.

Kasuistische Mitteilung von 2 Fällen mit Spina bifida, 2 Fällen von Anencephalus, 1 Fall von chronischer Appendicitis, die im 6. Schwangerschaftsmonat exacerbierte und an Embolie zugrunde ging, und 2 Fällen von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta. *Wiemer.*

Geburt:

Fabre: Externe Hysterographie. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Unter Hysterographie versteht Verf. eine Methode der automatischen Registrierung der Uteruskontraktionen während der Geburt. Als extern bezeichnet er jene Hysterographie, bei der die Meßapparate auf der Bauchdecke angebracht werden. Die Uteruskontraktion beruht auf der austreibenden Kraft des Uterus, und über die Art und Variationen dieser Kraft gibt uns die Hysterographie besser Aufschluß als Palpation, Chronometer und die subjektiven Angaben der Patientinnen. (Beschreibung des Apparates, der im wesentlichen aus einer Metallplatte mit Zeiger, einer Mareyschen Trommel und zwei rotierenden Zylindern besteht.) Vorteile der hysterographischen Methode: Sie kann zu jeder Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes ohne Gefahr angewendet werden. Die Atmungen und Bewegungen der Frucht stören die Kurven nicht. Der Apparat provoziert keine abnormen Wehen und wird leicht ertragen. Durch die mit dem Apparat gemachten Untersuchungen ist Verf. zu folgenden Resultaten gelangt: Die Hysterographie gibt nicht nur Aufschluß über die physiologische Wehentätigkeit, sondern auch über die Wirkungsweise verschiedener Medikamente. Kleine Dosen von Chloralhydrat bewirken ein Aufhören der Schwangerschaftswehen und eine Regulierung der Geburtswehen. Kleine Dosen von Zucker, Pituitrin und Ergotin wirken wehenerregend. Morphin vermindert die Intensität abnorm starker Wehen; Scopolamin sistiert die Wehentätigkeit. Chloroforminhalation bewirkt auch schon in ganz geringen Mengen eine Abschwächung der Wehen, Ätherinhalationen haben weniger Einfluß auf die Intensität der Wehen. Durch Kombination von Chloralhydrat, Äther und Morphium ist es unter der Kontrolle des Hysterographen möglich, die Wehenschmerzen zu vermindern, ohne die Wehentätigkeit herabzusetzen und ohne das kindliche Leben zu gefährden.

La Torre: Gibt es vom geburtshilflichen Standpunkt einen bestimmten Typus der Uterusmuskulatur? 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Die Untersuchungen des puerperalen Uterus geben keinen genügenden Aufschluß, da es sich bei ihm um einen hypertrophischen, abnormen Zustand des Organes handelt. Nur die *mikroskopische* Untersuchung des ruhenden Uterus soll zur Beantwortung der gestellten Frage herangezogen werden. Torre hat solche *mikroskopische* Studien am kindlichen und tierischen Uterus gemacht und ist zu dem Ergebnis gelangt, daß alle Muskelbündel untereinander zusammenhängen und nicht — wie Hélie behauptet — 3 isolierte Schichten bilden. Der kindliche Uterus hat große Ähnlichkeit mit dem tierischen (Hündin, Kaninchen). T. bekräftigt seine Ausführungen durch Demonstration von Mikrophotogrammen.

Bosse, Hugo: Die Vorzüge des Pituglandols für die Geburtshilfe des Praktikers. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 36, S. 1731—1732. 1913.

Die Erfahrungen aus der geburtshilflichen Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik Berlin gehen dahin, daß Pituglandol ein sicher wirkendes Wehenmittel in der Austreibungsperiode ist. In der Eröffnungsperiode ist es weniger wirksam, sind häufigere

Gaben notwendig. Beim Dämmerschlaf werden gleichzeitige Pituglandolinjektionen angelegentlich empfohlen, ebenso prophylaktisch vor jeder entbindenden Operation. Als Abortivmittel und zur Einleitung der Geburt am Ende der Gravidität ist Pituglandol erfolglos. *Moos* (Breslau).

Denny, Chas. F.: Present views on the management of normal labor. (Gegenwärtige Ansichten über Leitung einer normalen Geburt.) Saint Paul med. journal Bd. **15,** Nr. 8, S. 412—416. 1913.

Nichts Neues. *Mohr* (Berlin).

Schlapoberski, J.: Zur Untersuchung per rectum während der Geburt. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 3, S. 258—260. 1913.

Unter Hinweis auf die große Infektionsgefahr der inneren Untersuchung der Kreißenden betont Verf. den Wert der Rectaluntersuchung, die bei entsprechender Übung des Untersuchers genügenden Aufschluß gibt über den Stand des vorliegenden Teiles zum Becken und in vielen Fällen auch über die Weite des Muttermundes und daher die vaginale Untersuchung für eine große Zahl von Geburten entbehrlich macht. Verf. wünscht die Anwendung der gefahrlosen Rectaluntersuchung auch auf die Hebammen ausgedehnt und hat seit Einführung dieser Untersuchungsmethode sehr günstige Morbiditätsverhältnisse im Wochenbett. *Eisenbach* (Tübingen).

Planchu, E.: Scolio-cyphose rachitique à grandes déformations. (Hochgradige rachitische Kyphoskoliose.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8,** Nr. 6, S. 391—394. 1913.

Beschreibung und Abbildung einer 1,28 m großen Frau mit hochgradiger Kyphoskoliose und asymmetrischem, allgemein verengtem plattem Becken (Conj. vera $8^1/_4$—$8^1/_2$ cm), die 4 mal spontan, 1 mal mit Zange geboren hat; das Gewicht der lebend geborenen Kinder schwankte zwischen 2000—2850 g; der Schädel war stets stark konfiguriert oder zeigte Druckmarken. *Jaeger* (München).

Döderlein: Über die Behandlung der Placenta praevia. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Es gibt in der praktischen Geburtshilfe heute kaum ein Gebiet, in dem die Anschauungen der maßgebenden Autoren so weitgehend wie in der Behandlung der Placenta praevia differieren, ein Umstand, der bei der eminenten praktischen Wichtigkeit dieser Frage eine Aussprache auf einem internationalen Kongreß äußerst wünschenswert erscheinen läßt. Die vorhandenen Statistiken sind weder genügend zuverlässig, noch eindeutig; immerhin ersieht man aus ihnen die außerordentlich hohe Sterblichkeit der mit Placenta praevia behafteten Gebärenden. In Bayern fanden sich nach den amtlichen Statistiken der Jahre 1878 bis 1907 bei rund 6 Millionen Geburten 8729 Fälle von Placenta praevia, die eine mütterliche Mortalität von 19 Prozent, eine kindliche von 50 Prozent ergaben. Krönig schätzt die Sterblichkeit der Mütter im Großherzogtum Baden auf 13—15 Prozent, Füth fand in Koblenz 19,7 Prozent mütterliche und 48,9 kindliche Mortalität, Mende im Kreise Waldenburg 15 Prozent mütterliche Mortalität. Diese Zahlen sind noch zu klein, weil sie die nach Wochen und Monaten als Folgen der Placenta praevia und ihrer Behandlung eingetretenen Todesfälle nicht berücksichtigen. Die von v. Rosthorn für Wien und von Hammerschlag für Ostpreußen gefundenen 2—3 resp. 8,7 Prozent Mortalität sind nicht zu verwerten, weil nur wenige Ärzte die ausgeschickten Fragebogen beantwortet haben, somit die ungünstigen Resultate gewiß fehlen. Tabelle I gibt einen Überblick über die in deutschen und außerdeutschen Kliniken verzeichneten Resultate, deren Gesamtresultat aus 5615 Fällen eine Sterblichkeit der Mütter von 8,05 Prozent und der Kinder von 54,12 Prozent ergibt. Die Gegenüberstellung dieser Zahlen gegen die aus den allgemeinen Länderstatistiken gewonnenen ergibt das wichtige Resultat, daß die Sterblichkeit der Mütter bei klinischer Behandlung etwa auf die Hälfte der allgemeinen Mortalität zu berechnen ist. Der Unterschied der in der Tabelle I niedergelegten Sterblichkeitsverhältnisse der einzelnen Kliniken kann als Anhaltspunkt dienen für die Beurteilung der Wertigkeit der einzelnen therapeutischen Verfahren. Allerdings ist auch diese Statistik nicht einwandfrei. Daß der künstliche Blasensprung die einfachste Behandlungsart darstellt, der dabei aber doch eine nicht zu unterschätzende Einwirkung auf die Geburtskomplikation selbst zukommt, darüber herrscht unter allen Autoren Einigkeit. Tabelle II gibt eine Zusammenstellung von 309 Fällen der Literatur, die eine mütterliche Mortalität von 0,9 Prozent und eine kindliche von 25 Prozent erweisen. Leider ist es nur eine kleine Gruppe von Fällen, in denen der Eihautstich allein zur Bekämpfung der aus der Placenta praevia hervorgehenden Gefahren genügt. Diese Einschränkung bewahrt uns auch zugleich vor Überschätzung des Wertes dieser Therapie für die Allgemeinheit. Nächstgünstig hinsichtlich der Einfachheit der Technik ist die Behandlung der aus der Placenta praevia hervor-

gehenden Blutungen durch die Tamponade der Scheide, die meist aber nur eine Vorbereitung für die eigentliche Behandlung darstellt, daher statistisch nicht verwertet werden kann. Als ausschließliche Behandlungsmethode darf die Tamponade keinesfalls in Betracht kommen, wenn sie auch mitunter bei richtiger Ausführung zur raschen Bekämpfung der Blutung mit Erfolg angewendet werden mag. Die Hauptgefahr dieses Verfahrens liegt in der großen Infektionsgefahr, die auch bei peinlichster Asepsis in hohem Maße besteht, da die Scheide niemals restlos keimfrei gemacht werden kann. Durch Verf.s und seines Assistenten Dr. Weber bakteriologische Untersuchungen ist er zu der Forderung gelangt: die tamponierende Gaze müsse spätestens nach 6 Stunden entfernt werden. Die Tamponade soll also nur dazu dienen, die Frauen bis zum alsbaldigen Transport in eine Anstalt vor weiteren Blutverlusten und der Verblutungsgefahr zu schützen. Als eigentliche definitive Behandlungsmethoden kommen in Betracht die intraamniale Ballonbehandlung und die kombinierte Wendung nach Baxton Hicks. Die Nachteile der Metreuryse sind die Verwendung eines Fremdkörpers und die dadurch gegebene Infektionsgefahr, ferner der Umstand, daß dieser Eingriff für den Praktiker mitunter mit ziemlichen technischen Schwierigkeiten verbunden ist. Auch die Wendung nach Braxton Hicks ist nicht frei von Schwierigkeiten und Gefahr, die namentlich in der Enge des Cervicalkanals gelegen sind. Zu seiner Erweiterung sollen Laminariastifte und Hegarsche Dilatatorien nicht verwendet werden, eher noch die digitale Dilatation nach Bonnaire, keineswegs aber die Bossischen Spreizdilatatorien. Zum Herunterziehen des Fußes hat er mit Erfolg kleine, löffelförmige Kornzangen verwendet. Den heruntergestreckten Fuß belaste man mit 2—3 Pfund, da eine Mehrbelastung die Gefahr der Cervixrisse in sich birgt. Tabelle III gibt die Statistik über 1434 nach Braxton Hicks behandelte Fälle. Die mütterliche Mortalität betrug 7,8 Prozent, die kindliche 73,7 Prozent. Eine Sammelstatistik Challayes von vorwiegend französischen Autoren ergibt 15,5 Prozent mütterliche und 56,7 Prozent kindliche Mortalität. Auch diese Statistik ist wegen ihrer „Reinigung“ nicht einwandfrei, da niemals die Gesamtmortalität angegeben und durch die Publikation einzelner geheilter Fälle das Resultat günstig beeinflußt wurde. Noch weniger zu verwenden ist die Statistik der Metreuryse, weil hier auch die einzelnen Verfahren sich wesentlich unterscheiden je nach der Verwendung des Materials, nach der Belastung und der Art der Beendigung der Geburt. Die durchschnittlich gefundene Zahl beträgt 6,5 Prozent mütterliche und 45,4 Prozent kindliche Mortalität (Tabelle IV). In den letzten Jahren ist man bestrebt gewesen, andere Entbindungsverfahren bei Placenta praevia anzuwenden, die bessere Resultate zu erzielen berufen sein sollen: es sind das der abdominale und der vaginale Kaiserschnitt. Es muß natürlich mit Nachdruck hervorgehoben werden, daß niemand daran denkt, diese chirurgischen Entbindungsverfahren den praktischen Ärzten für die Entbindung im Privathause empfehlen zu wollen. Mit der Aufnahme dieser chirurgischen Entbindungsmethoden ist die scharfe Scheidung zwischen der klinischen und der häuslichen Geburtshilfe zu einer absoluten Notwendigkeit geworden. Der abdominale Kaiserschnitt bei Placenta praevia, der zuerst in Amerika und Italien ausgeführt wurde, ist neuerdings in Deutschland, namentlich durch die Bemühungen von Sellheim und Krönig, mehr und mehr in Aufnahme gekommen. Die Indikationsstellung für den abdominalen Kaiserschnitt ist eine beschränkte. Die wichtigste Kontraindikation ist die der möglicherweise in den Kranken selbst gelegene Infektionsgefahr. Alle auswärtig Untersuchten, namentlich aber alle Tamponierten, sind ungeeignet. Andere Kontraindikationen sind: starke vorhergegangene Blutverluste, schlechter Zustand der Frucht und endlich die Mögli hkeit eines einfacheren Entbindungsverfahrens (z. B. künstlicher Blasensprung). Bezüglich der Methode des abdominalen Kaiserschnittes gehen die Anschauungen auseinander. Sellheim bevorzugt den transperitonealen, cervicalen Kaiserschnitt, Krönig den korporalen. Jener hatte 8 Fälle mit vollem Erfolg, dieser 35. Der von Dührssen eingeführte vaginale Kaiserschnitt wurde auch von verschiedenen Seiten als Behandlungsmethode der Placenta praevia versucht. Er hätte den Vorteil, daß sein Indikationsgebiet weniger beschränkt wäre. Bei vaginalem Operationsverfahren ist stets Hysterotomia anterior anzuwenden. Tabelle VI ergibt 159 Fälle der Literatur, bei denen vaginaler Kaiserschnitt angewendet wurde. Es ergab sich eine mütterliche Mortalität von 11,3 Prozent, eine kindliche von 21,7 Prozent. Döderlein selbst verfügt über 88 diesbezügliche Operationen, wobei 9 Mütter gestorben sind. Ein endgültiges Urteil über die Berechtigung des vaginalen Kaiserschnittes bei Placenta praevia ist zurzeit nicht angängig, da genügend großes Material hierzu nicht vorliegt.

Jolly: Die Entwicklung und Behandlung der Placenta praevia. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Jolly demonstriert Bilder von 4 Präparaten von Placenta-praevia-Fällen aus verschiedenen Schwangerschaftsmonaten. Das Prinzip der einzuschlagenden Therapie soll in Kompression der Placentarstelle und in Entbindung per vias naturales bestehen.

King: Über Lagekorrektur der Querlage durch Schenkelkompression. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Es handelt sich um ein von verschiedenen wilden Völkern geübtes Verfahren. Die Gebärende nimmt eine hockende Stellung ein; der dem kindlichen Steiß entsprechende Schenkel

wird im Hüftgelenk rechtwinklig gebeugt, wodurch der Steiß in die Höhe gedrückt, der Kopf aber durch Adduction des anderen Oberschenkels in den Beckeneingang gepreßt wird.

Davis, C. H.: Review of the literature and case reports of ruptured uterus. (Literaturübersicht und kasuistische Mitteilungen von Ruptura uteri). Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 1, S. 51—58. 1913.

Nach Ansicht des Verf. soll sich eine Uterusruptur häufiger ereignen, als man nach den statistischen Angaben früherer Autoren annehmen muß. Der Unterschied zwischen kompletter und inkompletter ist nur graduell, die komplette ist die gefährlichere. In 53,8% aller Fälle findet sich der Riß im unteren Uterinsegment, meist sitzt der Riß links. Ein großer Teil der Rupturen ist durch früheren Kaiserschnitt bedingt, deshalb soll jede Frau, bei der früher mal eine Sectio caesarea gemacht ist, bei der folgenden Geburt das Hospital aufsuchen. Die beste Therapie bei Uterusrupturen ist die chirurgische. *Wiemer* (Herne).

Essen-Möller: Akzidentelle Blutung. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Es gibt 2 genetisch verschiedene Formen von akzidenteller Blutung. Die eine beruht auf Trauma, die andere auf derselben toxischen Grundlage wie Albuminurie und Eklampsie. Die entzündlichen und degenerativen Vorgänge, welche an Placenta, Decidua und Uteruswand beobachtet worden sind, sind für die akzidentelle Blutung nicht charakteristisch. Die ausgedehnten Blutungen in die Uterusmuskulatur („Apoplexie utéro-placentaire" von Couvelaire) sind wahrscheinlich charakteristisch für die „eklamptische" Form der akzidentellen Blutung. Durch eine rationelle Therapie kann es möglicherweise gelingen, die mütterliche Mortalität herabzusetzen. Die gebräuchliche „geburtshilfliche" Therapie soll in erster Linie angewandt werden. Tamponade der Vagina kann mitunter von Nutzen sein, Verf. persönlich hat zu dieser Methode kein Vertrauen. Der Wert des künstlichen Blasensprunges muß von Fall zu Fall beurteilt werden. In manchen Fällen genügt er, in anderen nicht. In schweren Fällen mit geschlossener Cervix ist der Kaiserschnitt die sicherste und rascheste Methode zur Beseitigung der Gefahr. Uterusexstirpation ist nur dort nötig, wo nach Entfernung der Frucht Kontraktionen ausbleiben und die Blutung fortbesteht.

Diskussion. Nagel-Berlin: Die Sectio caesarea ist unausführbar bei Placenta praevia in der allgemeinen Praxis. Hier ist Braxton Hicks Methode am Platze, mit der er ebenso gute Resultate erhalten hat wie andere mit dem Kaiserschnitt. Alle seine Fälle rekrutieren sich aus der Armenpraxis von Berlin, somit aus mehr als primitiven Verhältnissen. Von seinen 50 Fällen starben 2 infolge langdauernder Blutung, ehe er intervenieren konnte; von 44 aufeinanderfolgenden Fällen starb keiner, und keine von den 48 überlebenden Müttern wurde infiziert. Von den 50 Müttern waren 4 Erstgebärende, 46 Mehrgebärende; 26 mal war das Ende der Schwangerschaft erreicht oder nahezu erreicht, 24 mal handelte es sich um Frühgeburten, 2 mal handelte es sich um Placenta praevia marginalis, 20 mal um Placenta praevia centralis, 28 mal um Placenta praevia lateralis (18 mal nach links, 5 mal nach rechts, 5 mal unbestimmt). 36 mal lag das Kind in Schädellage, 9 mal in Querlage, 4 mal in Fußlage, 1 mal in Steißlage. 40 mal führte er die kombinierte Wendung aus (1 mal Zwillinge), 4 mal die innere Wendung. In den 5 Fällen von Beckenendlagen holte er den Fuß herunter. In 3 Fällen von Schädellage genügte die Sprengung der Blase, indem der Kopf nach dieser alsbald in das Becken trat. Nach vollzogener Wendung bzw. nach Herunterschlagen des Fußes wurde die Geburt meist den Naturkräften überlassen. Nur in 3 Fällen von innerer Wendung und in 7 Fällen von kombinierter Wendung wurde die Extraktion angeschlossen, aber erst nachdem der Muttermund vollkommen erweitert war. Erhöhte Temperatur und vermehrte Pulsfrequenz bei Übernahme des Falles wurde 4 mal festgestellt; trotzdem verlief das Wochenbett in allen diesen Fällen normal. Die Nachgeburtsperiode verlief 44 mal in üblicher Weise, indem die Placenta nach vollzogener spontaner Lösung mittels des Crédéschen Handgriffes leicht exprimiert wurde. In 8 von diesen 44 Fällen trat eine mehr oder weniger ausgesprochene Atonie ein, die durch Reiben des Uterus beseitigt wurde. In 6 Fällen war infolge starker Blutung eine manuelle Placentalösung nötig. Das Wochenbett verlief 40 mal ohne Störung, 8 mal trat in den ersten Tagen Temperatursteigerung bis zu 40° ein, zum Teil verbunden mit übelriechendem Ausfluß. Bei dieser Komplikation wurden stets Uterusspülungen mit $^1/_2$ proz. Lysoformlösung gemacht. In allen 8 Fällen nahm das Wochenbett später einen normalen Verlauf und die Wöchnerinnen wurden geheilt aus der Behandlung entlassen. Von den Kindern kamen 16 lebend zur Welt, 35 (1 mal Zwillinge) wurden totgeboren. In 10 Fällen wurde vor der Geburt der Tod bzw. Asphyxie des Kindes festgestellt. Unter den 35 Totgeborenen waren 23 (1 mal Zwillinge) unreife Kinder.

Recasens-Madrid: Alle Schwangerschaftsblutungen beruhen auf Abnormitäten der Placenta: 95 % rühren von tiefem Sitz der Placenta her, 5 Prozent haben andere Ursachen:

Varicen, Abnormitäten der Cervix, vorzeitige Placentalösung, die aber nicht verwechselt werden darf mit falschem Sitz der Placenta. Dieser kann marginal, zentral oder lateral sein. In jedem speziellen Fall reagiert der Uterus anders. Mitunter findet sich bei lateralem Sitz eine starke Blutung, oft bei zentralem gar keine. Es lassen sich daher keine bestimmten Regeln aufstellen, sondern man muß jeden Fall für sich behandeln und seine äußeren Umstände mit in Betracht ziehen. Im allgemeinen hat die Therapie sich an folgende Richtlinien zu halten: I. Bei wiederholten schwachen Blutungen: künstlicher Blasensprung und Pituitrininjektion. II. Bei starken Blutungen: rasche Beendigung der Geburt: a) bei lebendem Kind und marginaler Insertion der Placenta: Eihautstich, Cervixerweiterung (bei Multiparen Ballon, bei Primiparen eventuell tiefe Incisionen nach Dührssen). Bei Primiparen und Placenta praevia centralis und starken Blutungen ist der Kaiserschnitt indiziert. Recasens macht niemals extraperitoneale, sondern stets klassische Sectio und verfügt über 11 derartige Fälle ohne Todesfall. Die Kindersterblichkeit bei Braxton Hicks und Ballondilatation ist sehr groß.

Byers - Belfast hatte die besten Erfolge mit der Methode von Braxton Hicks. Auch künstlicher Blasensprung mit nachfolgender Tamponade gaben ihm ebenso gute Resultate wie anderen die Sectio caesarea. Er hält sich an die „Irische Methode“, d. i. 1. Blutstillung durch feste Tamponade, 2. Bekämpfung der Anämie durch entsprechende Lagerung, Kochsalzinfusion, Strychnininjektionen usw., 3. exakte sorgfältige Überwachung, 4. Entfernung des Tampons nach 4 Stunden, 5. bei Ausbleiben der Wehen und offenem Muttermund: Forceps, Placentalösung, 5. Einhaltung strengster Asepsis.

Veit - Halle a. S.: Das Eiweiß des Harnes bei Schwangerschaftsniere gibt ebenso wie das bei akzidenteller Blutung die Reaktion von Abderhalden; es ist also fötales Eiweiß und verschwindet auch sofort nach der Entbindung. Die Pathogenese erklärt Veit auf folgende Weise: Verstopfung der zentralen Vene eines Cotyledo mit Blutstauung im intervillösen Raum und Placentaablösung. Bezüglich der Therapie stimmt Veit völlig mit Döderlein überein, nur verwirft er die Tamponade völlig. Handelt es sich in der Privatpraxis um eine bedrohliche Blutung, so muß man die kombinierte Wendung ausführen und dann zuwarten. Ist die Blutung nicht bedrohlich, muß die Patientin sofort in die Klinik transportiert werden. Dort hat die Therapie strenge zu individualsieren: womöglich Blasensprengung oder — bei weitem Muttermund — sofortige Entbindung, sonst aber Hysterotomia anterior ohne Eröffnung des Peritoneums, die bei Multiparen ohne jegliche Narkose ausgeführt werden kann. Bei Primiparen muß man besonders vorsichtig sein, weil hier ein infantiler Uterus vorliegt; oft wird Sectio caesarea das beste sein. Differentialdiagnostisch stimmt Veit mit Essen-Möller überein: schlechtes Allgemeinbefinden, Schmerzen, Härte des Uterus und Albuminurie sprechen für akzidentelle Blutung. Die Therapie der letzteren bestehe in möglichst schneller Ausführung der Hysterotomia anterior. Veits Statistik der Hysterotomia anterior bei Placenta praevia ist: 1 mütterlicher Todesfall auf drei Operationen. Dieser Todesfall ist in Döderleins Statistik schon erwähnt.

Jardine - Glasgow wendet bei geschlossener Cervix Tamponade und Pituitrininjektionen an. Gegen den Shock gibt er Kochsalzinfusionen und Strychnininjektionen. Er sah in keinem einzigen Fall eine Post-partum-Blutung und weist besonders nachdrücklich auf den Wert des Pituitrins bei der Behandlung der Placenta praevia hin.

Dickinson - Brooklyn hält es für unbedingt nötig, im klinischen Unterricht immer wieder zu betonen, daß jede Frau mit Schwangerschaftsblutung in die Klinik gehört. Für das Accouchement forcé, das er zumeist anwendet, empfiehlt er zumeist die Anwendung eines sanduhrförmigen Ballons (Palmeroy), weil dieser den anatomischen Verhältnissen am besten entspricht.

Davis - Philadelphia hält diejenige Methode für die beste, bei der die geringste Infektionsgefahr ist. Schwere Fälle gehören in die Klinik. Womöglich soll künstlicher Blasensprung gemacht werden, sonst Sectio caesarea. Er weist auf 14 schwere Fälle hin (davon 3 hochgradigst ausgeblutet), bei denen er abdominale Sectio gemacht hat. In allen erzielte er vollkommene Heilung und lebende Kinder.

Bar - Paris: Die französischen Kliniker schließen sich den von Döderlein und Essen-Möller dargelegten Prinzipien an und verwerfen die Tamponade wegen der mit ihr verbundenen Infektionsgefahr. In 162 Fällen hatte er eine mütterliche Mortalität von 8,6%, und zwar starben 6% infolge von Infektion, 2,5% an Anämie, einen Fall verlor er durch sofortige Verblutung (= 0,62%). Blutende Fälle gehören in die Klinik. Anzuwendende Eingriffe sind: Eihautstich, Metreuryse (nach Champetier de Ribes), abdominale Sectio (eventuell mit Uterusamputation), nur ausnahmsweise vaginale. Niemals darf — wenn eine sofortige Intervention nötig ist — zur forcierten Cervixdilatation geschritten werden. Auch er ist wie Essen-Möller der Ansicht, daß die retroplacentaren Blutungen den Leberblutungen bei Eklampsie entsprechen.

La Torre - Rom glaubt beobachtet zu haben, daß die Placenta praevia besonders häufig bei der armen Landbevölkerung vorkommt und führt dies auf die häufigen, vernachlässigten Metritiden und Endometritiden zurück, die er als Ursache der abnormen Einidation ansieht.

Für den Landarzt ist auch die Methode von Braxton Hicks oft zu schwierig. Er empfiehlt die Methode von Deventer, mit der er in 4 Fällen gute Resultate erzielt hat. Sie besteht darin, daß mit der ganzen Hand in den Uterus eingegangen und ein Fuß herabgeholt wird.

Guzzoni-Siena ist durch seine zahlreichen, an der Klinik beobachteten Fälle zu der Überzeugung gelangt, daß die beste Methode die der Berliner Schule ist mit einigen Modifikationen der Schule von Pavia. Sie bestehen in folgendem: 1. Bestimmung des Sitzes der Placenta. 2. Bestimmung der Lage der Frucht. Bei Placenta praevia lateralis und Längslage des Foetus: Eihautstich oder bei starker Blutung Ballon und Extraktion. Bei Placenta praevia lateralis und Querlage oder bei Placenta praevia centralis mit was immer für einer Lage: Tamponade, Ballon (Champetier), Braxton Hicks und schonende Extraktion. Bei sehr starker Blutung und geschlossener Cervix macht er abdominale Sectio caesarea.

La Torre, Felice: Per la compressione dell'aorta abdominale. (Kompression der Aorta abdominalis bei Uterusblutungen.) Ginecol. minore Jg. 6, Nr. 5, S. 65—69. 1913.

Polemik gegen Santi, der Autors, z. T. bis 1875 zurückreichende Publikationen völlig ignoriert hat und lediglich Momburg zitiert. Autor wendet sich auch dagegen, daß man den Hebammen als einziges und Universalmittel die Momburgsche Methode lehre: mit der einfacheren manuellen Kompression der Aorta würde die Hebamme häufig auch auskommen, jedenfalls aber nie Schaden anrichten. *Fuchs* (Breslau).

Gallant, Ernest: Prolonged-precipitate parturition due to disengagement of the disproportionate head. (Verzögerte-überstürtzte Geburt durch Freimachen [d. h. Richtigstellen] des unproportionierten Kopfes.) Med. rec. Bd. 84, Nr. 8, S. 337—339. 1913.

An der Hand selbstbeobachteter geburtshilflichen Fälle zeigt Verf., wie sehr durch äußere und innere Einwirkungen auf den ganzen Fruchtkörper, sowie speziell auf das Hinterhaupt bei verzögertem Eintritt des Schädels und normalem Becken der dritte Geburtsabschnitt beschleunigt werden kann. Da die Hauptursache der Verzögerung des Eintritts ins Becken in einer mangelhaften Flexion des Hinterhaupts der meist etwas kleineren Köpfe liegt, so muß diese teils durch äußere Maßnahmen: Geburt in sitzender oder hockender Stellung, Druck von außen auf Fundus uteri, um Kopf auf Becken zu fixieren, kombiniert mit isoliertem Druck auf Hinterhaupt oberhalb der Symphyse, teils durch innere Maßnahmen: Hochschieben des Vorderhaupts bei Wehe, Herableiten des Hinterhaupts mit einem Zangenlöffel, hoher Forceps mit sehr leichtem Zug, da das Instrument nur als Führer für den Kopf dienen soll, begünstigt werden. Um eine übermäßige Kompression des kindlichen Schädels zu verhüten, empfiehlt Verf. die von ihm angegebene Zange mit „Sicherheitsschloß", eine Kombination des englischen und französischen Zangenschlosses von Stollmann, Pfarre & Co. in New York hergestellt. *Vaßmer* (Hannover).

Frank: Erfahrungen über den subcutanen Symphysenschnitt. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Wenn der Knochenring für den Durchtritt des Kopfes zu eng ist, so muß man den Ring spalten und auseinanderdehnen. Diesen Gedanken hatten die Ärzte schon vor Jahrhunderten und er ist in Tausenden von Fällen zur Ausführung gekommen. Die Beckenerweiterungen — mögen sie heißen wie sie wollen — haben aber heut fast abgewirtschaftet. Die Ursache hierfür sind die schlechten Erfahrungen, die gemacht wurden mit Blutungen und Hämatomen infolge der Nähe der großen erweiterten Gefäßsysteme, mit Sepsis infolge der Nähe der Harnröhre und Scheide, ganz abgesehen von den zahlreich beschriebenen Zerreißungen und Funktionsstörungen. Wenn es jedoch gelingen könnte, die Wunde vor Infektion zu schützen und die Blutungen und gefährlichen Zerreißungen zu vermeiden, dann wäre die Beckenerweiterung eine der schönsten, einfachsten, segensreichsten Operationen, die es in der ganzen Geburtshilfe gibt. Frank glaubt mit dem subcutanen Symphysenschnitt diesem Ziel ein Stück näher zu kommen. Diese Operation hat so wie die suprasymphäre Entbindung und der Kaiserschnitt ihre bestimmte Indikation. Die Operation soll eine wirklich subcutane sein, die äußere Wunde nicht größer sein als die Breite des eingeführten

Messers, welches das einzige Instrument bleiben soll. Die Klitoris mit ihren Corpora cavernosa und die Harnröhre werden mit der linken Hand so stark wie möglich vom unteren Symphysenrand abgedrängt, so daß gleichsam zum Schutze zwischen dem unteren Symphysenrand und den Bulbi vestibuli die Finger der linken Hand mit der eingestülpten Haut liegen. Es wird direkt mit dem Skalpell auf die Mitte der Symphyse eingestochen und, ohne den Weichteilschnitt zu vergrößern, subcutan erst der untere Teil der Symphyse mit dem Ligamentum arcuatum durchschnitten. Dann wird das Messer, ohne daß es den Stichkanal der Weichteile verlassen hat, aus der Symphyse herausgezogen, mit der Schneide gegen die vordere Seite der oberen Symphysenhälfte gerichtet und diese dann von vorne nach hinten durchschnitten. Der Einstich wird sofort durch einen tiefgehenden Catgutfaden geschlossen, kann aber auch zunächst mit einem sterilen Tupfer bedeckt werden, wenn der Operateur, wie bei der Extraktion des nachfolgenden Kopfes keine Zeit zu verlieren hat. Die Naht wird dann erst nach der Geburt angelegt. Bestimmte Maßregeln sind bei der Assistenz einzuhalten. Die Operation läßt sich — wenn nicht unmittelbar die Entbindung angeschlossen wird — leicht unter lokaler Anästhesie machen.

Er verfügt derzeit über 117 von ihm selbst operierte Fälle, von denen 28 Erstgebärende waren. Bei diesen 28 mußte nach der Operation 2 mal hohe Zange, 3 mal Wendung und Extraktion resp. nur Extraktion gemacht werden. 1 Fall kam infolge von Peritonitis ad exitum, doch hatte schon vor der Geburt Fieber bei gonorrhoischer Infektion bestanden. Bei 1 Fall blieb als Nachkrankheit Incontinentia urinae zurück. Bei den 89 Mehrgebärenden mußte 4 mal hohe Zange, 27 mal Wendung und Extraktion resp. nur Extraktion gemacht werden. Es fand sich hier kein Todesfall und keine Nachkrankheit.

Auch F. steht auf dem Standpunkt, daß man bei Erstgebärenden die Beckenerweiterung möglichst vermeiden soll, und macht den subcutanen Symphysenschnitt bei ihnen nur im Notfall, wenn der Kopf bei der prophylaktischen Wendung hängen blieb, oder der Kopf schon im Beckeneingang eingekeilt war, und die Entwicklung durch die suprasymphysäre Entbindung auch nicht mehr unbedenklich war. Er hat die Operation bei Nabelschnurvorfall auch bei nicht vollständig verstrichenem Os externum gemacht, wobei er dieses dann incidieren mußte. Auch hat er mit gutem Resultat bei schon erschöpfter Wehenkraft operiert. Bei vernachlässigten Querlagen, bei starker Verdünnung des unteren Uterinsegmentes, stark ausgeprägtem Kontraktionsring ist unter allen Umständen die suprasymphysäre Entbindung am Platze, doch sieht F. Temperaturerhöhungen und schnellen Puls nicht als Kontraindikation für den subcutanen Symphysenschnitt an. Tödliche Blutungen, spätere Gehstörungen, Pyämie hat er trotz der weiten Indikationsstellung niemals erlebt.

Roncaglia, G.: Per la statistica del taglio cesareo soprasinfisario transperitoneale. (Zur Statistik des suprasymphysären transperitonealen Kaiserschnittes.) (*Osp., Mantova.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35**, Nr. 7, S. 206—211. **1913.**

Bericht über 10 am Krankenhause zu Mantua ausgeführte Kaiserschnitte, davon 8 nach Frank-Fromme, 2 nach Latzko-Döderlein operiert. Indikation 2 mal absolut, 8 mal relativ, stets durch enges Becken bedingt. Pubotomie kam nicht in Frage, da 5 mal Primiparae und alle mit Ausnahme eines Falles nicht mehr als aseptisch anzusehen waren. Roncaglia zieht das transperit. Vorgehen dem extraperitonealen vor, weil die Infektionsgefahr bei beiden Verfahren ungefähr gleich, erstere Methode jedoch technisch einfacher und für die Blase ungefährlich ist, außerdem für den Fall einer eventuellen Wiederholung des Kaiserschnittes einfachere Verhältnisse schafft. Die Blutung war nur in einem Falle etwas stärker, stand aber auch hier mit Vollendung der Naht. Das Kind ließ sich 6 mal leicht mit der Hand hervorheben, 3 mal wurde eine kleine Zange verwendet, 1 mal, bei Querlage, das Kind an den Füßen extrahiert. 6 mal Fieber im Wochenbett, von diesen hatten 3 schon vor der Operation gefiebert. Es fanden sich teigige schmerzlose Resistenzen im vesikouterinen Raum (kleine Blutansammlungen). Wenn bereits vor der Operation Fieber bestand, drainiert R. durch eine Lücke im Uterusschnitt nach der Scheide hin, niemals durch die Laparotomiewunde. Alle Mütter wurden gesund entlassen, ein Kind starb 7 Tage pp. an einer Infektion. Bei den nachuntersuchten Fällen fand sich nie eine Hernie, 4 mal leichte Retroversio uteri. Von diesen letzteren waren 3 transperit., 1 extraperit. operiert worden. Bei sicher reinen Fällen ist R. für den klassischen Kaiserschnitt nach Sänger, sonst für den transperitonealen nach Frank-Fromme. *Nebesky* (Innsbruck).

Wochenbett:

Nagel: Über die Blutgefäße des puerperalen Uterus. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

An Injektionspräparaten hat Nagel nachgewiesen, daß — im Gegensatz zu den Anschauungen anderer Autoren — der Stamm der Arteria uterina stets Äste sowohl zur Cervix als auch zum Corpus uteri entsendet. Diese Äste bilden an beiden Uterusflächen Anastomosen mit denen der gegenüberliegenden Seite. Diese transversalen Anastomosen hängen durch longitudinale Anastomosen untereinander zusammen und entsenden Äste in die verschiedenen Schichten des Uterus, die wieder untereinander in Verbindung stehen und ein aus 3 Schichten bestehendes Netzwerk bilden. An dem Präparat ist auch deutlich der Verlauf der Ovarialgefäße zu sehen. Die 5 Ovarialarterien entspringen aus der A. spermatica und lösen sich vor ihrem Eintritt in das Ovarium in ein Bündel geschlängelter Gefäße auf.

Polak: Intrauterine Behandlung der Infektionen post abortum und post partum. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Notwendigkeit einer genauen klinischen Diagnose und bakteriologischen Diagnose. Curettage, intrauterine Spülungen und Untersuchungen zerstören den natürlichen Schutzwall; absolute Abstinenz von intrauterinen Eingriffen bei infektiösen Fällen setzen die Mortalität und Morbidität herab. Ein normal gelegener, drainierter Uterus wird bei Anwendung von Ergotin, Pituitrin und Eisblase seinen Inhalt von selbst ausstoßen.

Diskussion. Rouland - Paris, der im wesentlichen mit seinem Vorredner übereinstimmt.

Boyd - Philadelphia, der bei Abortus auch für konservative Therapie und möglichste Vermeidung jedes intrauterinen Eingriffes ist. Wo dieser unbedingt nötig ist, soll er manuell gemacht werden.

Munro Kerr - Glasgow arbeitet bei inkomplettem Abortus nach vorheriger Dilatation mit Finger oder Curette. Er weist auf die große Infektionsgefahr hin, die durch die Dilatation gesetzt wird. In 4 Fällen mußte er Hysterektomie machen.

De Lee - Chicago hat eine Rundfrage über das Thema Abortustherapie bei europäischen und amerikanischen Ärzten veranstaltet. 40 europäische und 240 amerikanische Ärzte antworteten ihm. Die meisten waren für sofortige Ausräumung, nur 10% wollten den Naturkräften die Austreibung überlassen. Er selbst ist für das Abwarten und greift nur dort ein, wo bei stärkeren Blutungen Placentateile in der Vagina liegen. Intrauterine Eingriffe sind nach Möglichkeit zu vermeiden.

De Lee hat in Chicago den sog. Mothers Aid Club gegründet, der im weiblichen Laienpublikum geburtshilfliche Aufklärung verbreitet und dadurch die Furcht vor der Entbindung, die vielfach zur Abtreibung verleitet, bekämpfen will. Diese Gesellschaft kümmert sich auch um die Förderung des klinischen Unterrichtes und trachtet das Niveau der Geburtshelfer auf jede Weise zu heben.

Amand Routh - London ist gleichfalls gegen die Anwendung der Curette. Nur in einem Punkt stimmt er mit Polak nicht überein, er ist nämlich unbedingt für die Entfernung infizierter Placentarreste und nachherige Ätzung mit Jodtinktur. Das Resorptionsfieber, welches häufig nach diesem Eingriff auftritt, schwindet meist bald. Bei Belassung von Placentarresten hat er nur schlechte Erfolge gesehen.

Veit - Halle a. S. hält die Frage der Behandlung der puerperalen Infektion sowie der Behandlung des septischen Abortus für sehr schwierig. Er macht einen Unterschied zwischen den Infektionen am normalen Schwangerschaftsende und den in früheren Monaten erfolgten. Bei ersterem verhält er sich ziemlich exspektativ und vermeidet lieber eine lokale Behandlung. Einerseits bleiben meist keine großen Reste zurück, und der Uterus kontrahiert sich schließlich doch, andererseits ist die Wundfläche, welche durch einen Eingriff infiziert werden kann, sehr groß. Anders nach Abortus. Hier ist der zurückgebliebene Rest meist relativ groß und die Neigung zur Kontraktion gering. Die Ausräumung ist für die Patientin gefahrlos, wenn sie sofort vorgenommen und nicht wiederholt wird, und wenn keine Allgemeininfektion — namentlich keine durch Streptokokken bedingte — vorliegt. Diese Fälle geben eine sehr schlechte Prognose. Im allgemeinen aber ist Veit bei fieberhaftem Abortus für möglichst baldige und gründliche Ausräumung.

Giffard - Madras (Indien) erzählt von den äußerst ungünstigen Verhältnissen, unter denen er in seinem indischen Spital von 700 Betten arbeitet. Zu den Folgen der Unwissenheit und Unreinlichkeit der eingeborenen Bevölkerung ist auch die große Häufigkeit der Puerperalprozesse zu zählen. Er kann nicht mit Polak übereinstimmen, daß man alles den Naturkräften überlassen soll, sondern wendet stets Curettage mit nachfolgender Ätzung mit Jodtinktur an. Doch will er bei der großen praktischen Wichtigkeit der aufgeworfenen Frage von nun ab auch Versuche mit der exspektativen Therapie machen.

Nagel-Berlin befürwortet gleichfalls die aktive Therapie bei inkomplettem Abortus, ganzgleich ob Infektion vorliegt oder nicht.

Hastings Tweedy-Dublin meint, daß Retraktion und Kontraktion des Uterus voneinander unabhängig sind. Ergotin und Pituitrin wirken nur auf die Kontraktion. Mangelhafte Retraktion kann eine Folge sein von Erschlaffung des Uterus, aber auch von Vorhandensein von abgestorbenem Material im Uteruscavum. Wenn der Uterus vollkommen entleert und mit Gaze drainiert ist, ist es belanglos, ob mit Antisepticis oder nur mit steriler Kochsalzlösung gespült wird. Die Curette verwirft er als allzu gefährlich und räumt nur manuell aus.

Döderlein-München hält es für notwendig, daß sowohl nach erfolgter Entbindung am normalen Schwangerschaftsende als auch nach Abortus bei Fieber in erster Linie der Uterus revidiert und behandelt werde. Eihaut- und Placentarreste müssen so bald und so schonend als möglich entfernt und die Uterushöhle mit physiologischer Kochsalzlösung + 50 g 10 proz. Jodalkohol desinfiziert werden. Diese aktive Therapie erfordert größte Vorsicht und gewandte Technik. Curettage ist zu verwerfen. Bei allgemeiner Sepsis ohne Lokalisation empfiehlt Döderlein große Dosen von harten Röntgenstrahlen 2—3 Tage nacheinander zu applizieren: ihre bactericide Wirkung berechtigt die Annahme, daß es durch sie gelinge, im Blut oder sonst im Körper vorhandene Bakterien zu töten, wodurch sie kausale Therapie wird.

Jacobs-Brüssel ist gegen die abwartende Therapie und für die Anwendung der Curette, die er für unentbehrlich hält. Bei Sepsis verwendet auch er X-Strahlen.

Alice Van-Ingen-Winter-London ist in Fällen von Sepsis und Blutung gegen die abwartende Therapie, für manuelle oder digitale Ausräumung und Spülung mit Antisepticis.

Weibel-Wien bespricht das an der Klinik Wertheim geübte Verfahren. Bei Fieber oder Blutung wird stets interveniert, und zwar wird bei geschlossener Cervix Spaltung derselben mit folgender Entleerung gemacht. Die Prognose ist in diesen Fällen gut zu stellen. Bakteriologische Untersuchungen sind wichtig für die Prognose des Falles, nicht aber für die anzuwendende Therapie. Die Prognose ist schlechter, wenn die Infektion schon Tuben und Peritoneum ergriffen hat. Auch hier ist ein möglichst rasches Eingreifen geboten.

Lepage: Behandlung der Post-abortum-Erkrankungen. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Die Beobachtung von 370 Fällen aus der Frauenklinik von Boucicaut haben Lepage zu folgenden Schlüssen gebracht: Die Therapie des Abortus in den ersten Schwangerschaftsmonaten hat zunächst darauf Rücksicht zu nehmen, ob derselbe infolge von kriminellen Eingriffen oder spontan erfolgt ist. Die Prognose des spontanen Abortus ist günstig, wenn nicht eine akute fieberhafte Erkrankung seine Ursache war. Bei Fehlen von Fieber und Blutung soll die Therapie rein exspektativ sein. Wenn man kriminelle Eingriffe vermutet, muß die Austreibung der Frucht beschleunigt werden, zunächst durch Chinin. sulf. 1,0 pro die. Genügt dies nicht, tritt Fieber oder Blutung hinzu, soll zur Ausräumung geschritten werden; diese soll entweder digital oder instrumentell unter Kontrolle des Fingers erfolgen. Bei Fieber nach komplettem Abortus sind wiederholte Uterusspülungen und Drainage anzuwenden. Bei Miterkrankung der Adnexe oder des Peritoneums hat man sofort zu curettieren. Bei Eiterungen im Douglas ist Kolpotomie anzuwenden, bei Peritonitis Drainage. Für vaginale oder abdominale Hysterektomie besteht nur selten eine Indikation. Zumeist genügt eine lokale Behandlung, wenn dieselbe nur rechtzeitig einsetzt.

Delmas, Paul: Du tamponnement à l'essence de térébenthine pure dans l'endométrite puerpérale. (Tamponade mit unverdünntem Terpentinöl bei puerperaler Endometritis.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** H. 8, S. 243—245. 1913.

Verf. empfiehlt die Tamponade des Uterus mit in Terpentinöl getauchter Gaze, die 24 Stunden im Uteruscavum liegen bleibt. Die Erfolge sind gute. Puls und Temperatur kehren nach 2—3 Tagen zur Norm zurück. *Jaeger* (München).

Cathala, V.: Kyste de l'ovaire à pédicule tordu pendant les suites de couches. (Ovarialcystom mit Stieldrehung im Wochenbett.) (*Hôp. Saint-Antoine.*) Sem. gynécol. Jg. **18,** Nr. 30, S. 237—239. 1913.

Die Stieldrehung ist die häufigste Komplikation bei Ovarialcystomen und hierzu sind im Wochenbett die günstigsten Bedingungen gegeben. Erschlaffung der Bauchwand, mangelhafter Halt der Bauchorgane, rasche Verkleinerung des Uterus, die Verlängerung des Stieles während der Gravidität, oft tritt die Stieldrehung bei Lagewechsel der Wöchnerin auf, häufig bei dem ersten Aufstehen. So auch im mitgeteilten Falle.

Bei Stieldrehung von Ovarialcystomen im Wochenbett muß nach Verf. möglichst rasch eingegriffen werden ohne Rücksicht auf das Puerperium. Falls keine Komplikation des Cystoms vorliegt, warten die meisten Gynaekologen mit der Operation bis nach Ablauf des Wochenbettes, einzelne lassen Bandagen tragen, eine Stieldrehung zu verhindern. Der andere Teil operiert zu jeder Zeit, um die gerade im Wochenbett bei Cystomen häufig auftretenden Komplikationen zu vermeiden. Verf. bevorzugt die sofortige Operation und erklärt dies Verfahren für viel weniger gefährlicher als das Zuwarten. Weiter kann ein Ovarialcystom das Wochenbett schädlich beeinflussen: Atonie, Subinvolutio uteri, Lochiometra und dadurch rückläufig bedingte Vereiterung des Cystoms. Gegenindikationen gegen sofortiges Operieren sind nur: Sehr lange und anstrengende Geburtsarbeit, Choque, starke Anämie nach großem Blutverlust. Fieber während der Geburt ist keine Gegenindikation gegen das sofortige Operieren, im Gegenteil.

Hauser (Rostock).

Foetus und Neugeborenes:

Bosman-de Kat Angelino, Ida, und Margot A. J. Sannes-Sannes: Untersuchungen über das Schicksal von 740 Kindern mit einem Geburtsgewichte von weniger als 3000 Gramm. (*Frauenklin., Reichs-Univ. Utrecht.*) Zeitschr. f. Säuglingssch. Jg. 5, H. 7, S. 243—258 u. H. 8. S. 295—315. 1913.

Beim Sinken der Temperatur kommen die Kinder ins warme Bad. Die Couveuse wird nur bei schlechtem Allgemeinbefinden, nicht ohne weiteres bei geringem Gewicht in Anwendung gebracht. Ernährung: Muttermilch, Frauenmilch. Wenn nicht vorhanden Buttermilch mit Zusätzen.

Fast alle diejenigen Kinder starben, die in der Klinik geboren und in der Couveuse gewesen waren und ein Gewicht von weniger als 1600 g hatten. Bei außerhalb der Klinik geborenen Kindern fangen die Ziffern der am Leben gebliebenen schon bei ca. 1200 g Anfangsgewicht an. Von den in der Klinik geborenen Knaben blieben 57,8%, von den Mädchen 54,5% am Leben; von den außerhalb der Klinik geborenen Knaben 40,9%, Mädchen 33,3%. Von allen 175 Kindern, die in der Couveuse waren, sind 105 in der Klinik gestorben, 25 außerhalb, 33 (25,4%) zurzeit noch am Leben, bei 12 Schicksal unbekannt. Von den 565 Kindern, die nicht in der Couveuse waren, sind 52 in der Klinik gestorben, 141 außerhalb, 341 noch lebend (anno 1911), bei 31 Schicksal unbekannt.

Von den prämaturen Kindern können also mehr am Leben erhalten werden, als mancher Pessimist glaubt. Ob dieser Zuwachs in der Tat einen Gewinn bedeutet und nicht vielmehr die Zahl minderwertiger Individuen vermehrt, glauben Verff. nicht ohne weiteres bejahen oder verneinen zu können. *Hirsch* (Charlottenburg).

Roeder, H.: Die Kindermilch im Hause. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. 4, H. 11, S. 344—349. 1913.

Credé-Hörder, C.: Histologische Untersuchung der Ätzwirkung der Prophylaktica. (*Univ.-Frauenklin., München.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, H. 3, S. 310—320. 1913.

Die Untersuchungen begannen mit der Behandlung junger Kaninchenaugen, die nach Einträuflung von Silberpräparaten (Argentum nitricum 1%, Argentum aceticum 1,3%, Argentum nitricum 1% und Sophol 1%), später histologisch verarbeitet wurden. Die Augen von Kindern, die durch Geburtstrauma, Asphyxie oder aus anderen Gründen in den ersten Lebenstagen zum Exitus kamen, wurden ebenso behandelt. Sowohl an menschlichen wie an tierischen Präparaten fand sich übereinstimmend, daß die Quelle des Eiters stets an der Innenfläche der Palpebra zu suchen ist. Am meisten mitgenommen scheinen fast immer die Übergangsfalten der Conjunctiva palpebrarum in die Conjunctiva bulbi. Nahezu stets zeigte sich, daß die Lidspalte von einem Eitertropfen, der aus poly- und mononucleären Leukocyten bestand, erfüllt war. Auf der Cornea fanden sich wohl Leukocyten- und Fibrinauflagerungen, aber nur vereinzelt, und es war einwandfrei festzustellen, daß diese Massen nie ursächlich mit ihr in Zusammenhang standen. Vergleichsuntersuchungen ergaben, daß jedes Auge des Neugeborenen, wenn auch an wenig ausgedehnten Bezirken, kleine Epitheldefekte, Auflockerung einzelner oder vieler Epithelzellen aufweist. Diese Tatsache wird wohl daraus erklär-

lich, daß die Conjunctiva das ganze Fötalleben hindurch sich in einem Ruhezustand findet und das Epithel nach der Geburt durch Kontraktionen an den schwächsten Stellen zerreißt und defekt wird. Die durch die Einträufelung verursachten Veränderungen an der Conjunctiva palpebrarum (die Hornhaut selber bleibt immer unversehrt) sind nur vorübergehend. Schon nach wenigen Tagen bietet sich ein ganz normales histologisches Bild. Eine andere Frage ist es, ob hauptsächlich bei frühgeborenen Kindern oder bei angeborener Überempfindlichkeit, Verhältnisse bestehen, die zu einer längeren Dauer des Argentumkatarrhs prädisponieren. Argentum nitricum in 2% Lösung scheint am stärksten zu wirken, Argentum aceticum und Sophol scheinen an Intensität in der Wirkung dem Argentum nitricum gegenüber nachzustehen. Eine Umfrage an sämtliche deutschen Universitäts-, Frauen- und Augenkliniken sowie an sämtliche Hebammenschulen ergab, daß dauernde Schädigungen durch prophylaktische Einträuflung niemals konstatiert wurden. In geschlossenen Anstalten mit Prophylaxe erkranken nur noch ca. 0,01% der Neugeborenen an Ophthalmoblennorrhöe. *Benthin.*

Bourgeois, A.: Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur gauche chez un nouveau-né avec complications de voisinage. (Akute Osteomyelitis des linken Oberkiefers bei einem Neugeborenen mit Ergriffensein der Nachbarschaft.) Pédiatr. prat. Jg. **11,** Nr. 26, S. 472—473. 1913.

Gaifami, P.: Asphyxie extra-utérine grave par hydropisie ascite chez un nouveau-né syphilitique; paracentèse immédiate; guérison définitive en bonne voie grâce au traitement mercuriel ultérieur. (Schwere Asphyxie bei einem syphilitischen Neugeborenen durch Ascites. Sofortige Punktion. Aussicht auf definitive Heilung durch Quecksilberbehandlung im weiteren Verlauf.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8,** Nr. 5, S. 332 bis 333. 1913.

Mutter positiver Wassermann. Schwere mechanische Atmungsbehinderung. 600 ccm Ascites abgelassen. Danach dauernd normale Atmung. Einige Tage später Beginn mit Kalomeleinreibungen. 3 Wochen nach der Geburt guter Zustand. *Rothe* (Breslau).

Koplik: Kindersterblichkeit in den ersten 4 Lebenswochen. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Zu den intrauterinen Ursachen der frühen Kindersterblichkeit gehören hereditäre Anlage und Konstitutionskrankheiten der Mutter. Eine eigene Gruppe bilden jene Kinder, bei denen Frühgeburt oder Geburtstrauma Todesursache ist. Die künstlich ernährten Kinder zeigen eine bedeutend größere Mortalität. (Genaue Statistik der frühen Kindersterblichkeit in Europa und Amerika mit Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse und der Legitimität.) Fürsorgeeinrichtungen für Schwangere, Stillende und Säuglinge könnten die Kindersterblichkeit bedeutend vermindern, desgleichen die Vervollkommnung der Geburtshilfe und Asepsis.

Wallich: Kindersterblichkeit in den vier ersten Lebenswochen. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Die Kindersterblichkeit ist im ersten Lebensmonat größer als in den sämtlichen anderen Monaten des ersten Lebensjahres, sie zeigt 2 Kulminationspunkte, einen in der ersten, einen in der dritten Lebenswoche. Geburtshilfliche Verletzungen spielen keine sehr große Rolle; das Geburtstrauma als solches schadet meist nur den Frühgeborenen. Gastrointestinale Erkrankungen sind eine häufige Todesursache; auch sie finden sich meist bei Frühgeborenen. Auffallend wird die Mortalität von den sozialen Verhältnissen beeinflußt; illegitime Kinder weisen die größte Sterblichkeitsziffer auf. Die in Frankreich bestehenden Fürsorgeeinrichtungen sind sehr mangelhaft. Durch Schwangerenschutz und Mutterschaftsfürsorge in den ersten Lebensmonaten des Kindes könnte die kindliche Mortalität wesentlich herabgesetzt werden.

Diskussion: Veit-Halle a. S. weist darauf hin, daß alle Referenten sich zu wenig mit der Syphilis als Sterblichkeitsursache beschäftigt haben. Bei 25—40% aller Frauen, welche als Ammen gehen wollen, findet sich positive Wassermannsche Reaktion. Bei den Kindern findet man in den ersten Lebenswochen selten manifeste Syphilis. Die Beratungsstellen für Schwangere und Säuglinge sollen auch auf die Schwangeren in den ersten Monaten ausgedehnt werden. Sehr

wichtig ist die Salvarsanbehandlung in der Schwangerschaft. Sie soll so lange fortgesetzt werden, bis die Wassermannsche Reaktion negativ ist. Sir Francis Champneys - London tritt für das Selbststillen der Mütter ein, ebenso Chambrelent - Bordeaux und Amand Routh - London. Byers - Belfast spricht über den Wert aseptisch gemolkener Milch für die künstliche Ernährung, Mrs. Scharlieb - London über die Schwierigkeiten, auf die die Propaganda für das Selbststillen oft bei Ärzten und Hebammen stößt. Pechere - Brüssel über hereditäre Syphilis. Peckter - Paris erzählt von der Tätigkeit und den Erfolgen der Assistance publique auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge. Mrs. Ivens - Liverpool spricht über die ungünstigen Lebensverhältnisse der Schwangeren der ärmeren Bevölkerungsklasse. Pritchard - London führt viele Infektionen der Neugeborenen auf die übermäßigen Waschungen und Abreibungen zurück. De Lee - Chicago schildert die Gefahren, von denen auch bei normal verlaufender Geburt Mutter und Kind bedroht sind. Ihm antwortet Nagel - Berlin und protestiert namentlich gegen seinen Ausspruch, daß die Austreibungsperiode nicht länger als 2—3 Stunden dauern dürfe. Die Durchführung solcher Prinzipien bei der Geburtsleistung würde das größte Unglück für Mutter und Kind bedeuten. Auch Herbert Spencer - London teilt nicht De Lees Ansichten über die Gefahren der normalen Geburt. Er weist auf sich selbst hin als siebentes von lauter kräftigen Geschwistern, die alle von der Mutter selbst gestillt worden sind. Eden-London ist gegen jede künstliche Ernährung. Muttermilch darf im Notfall nur durch Ammenmilch ersetzt werden. Auch Munro - Kerr - Glasgow tritt für das Selbststillen ein, ebenso wie King - Neu-Seeland. Murdoch Cameron - Glasgow spricht gegen die unrationelle Ernährung in den späteren Lebensmonaten und Miß McIlroy über Schwangerenfürsorge und Syphilis, worauf Koplik die Diskussion schließt.

Chalmers: Kindersterblichkeit in den vier ersten Lebenswochen. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Geburtsh. u. Gynaekol., 6.—12. VIII. 1913.

Simpson, J. W., and Lewis Thatcher: The treatment of congenital syphilis by salvarsan. (Die Salvarsanbehandlung der kongenitalen Syphilis.) Brit. med. journal Nr. **2748**, S. 534—536. 1913.

Bericht über 40 Fälle im Alter von 1 Monat bis zu 11 Jahren, die mit Injektionen (0,01 g auf je 1 kg Körpergewicht) in die Ven. jug. ext. behandelt wurden. 7 Todesfälle, von denen einer vielleicht direkt durch Benutzung nicht frisch destillierten Wassers, 3 andere mittelbar durch Schwächung sehr herabgekommener Säuglinge der Methode zur Last fallen. Deshalb ist Salvarsan bei letzterer kontraindiziert.

Sonst bedeutet die Salvarsanbehandlung nach Verf. Ansicht einen großen Fortschritt in der Behandlung der kongenitalen Lues, besonders in Verbindung mit nachfolgender Mercur- und Jodtherapie. Zur Diagnose bei zweifelhaften Fällen ist die Wassermannsche Untersuchung des mütterlichen Blutes ausreichend. *Laubenburg.*

Leplat, Georges: Description et interprétation d'un foetus humain cyclope. (Beschreibung und Erklärung einer menschlichen Cyklopenfrucht.) (*Inst. d'anat., univ., Liège.*) Arch. d'ophtalmol. Bd. **33**, Nr. 8, S. 469—477. 1913.

Die Mißbildung wurde im 6. Schwangerschaftsmonate geboren. Das kleine Cyklopenauge ist bestimmt aus zwei Augenanlagen zu erklären. Es besitzt keine Cornea, keine Iris, ein ciliares und chorioidiales Colobom, zeigt einen mesodermalen, gefäßhaltigen Strang in der Orbita und zwei gesonderte Glaskörper. Da letztere besondere Abweichungen von der Norm zeigen, schließt Verf., daß das eine Auge bestimmt aus zwei Augenbläschen entstanden ist, und zwar in einem sehr frühen Stadium der Fruchtentwicklung. Die Beobachtung ist scheinbar recht selten, da Verf. aus der Literatur nur noch zwei Fälle beim Menschen feststellen konnte. *Frankenstein* (Köln).

Symmers, Douglas, and G. H. Wallace: Observations on the pathological changes in the thyroid gland in a cretinistic variety of chondrodystrophia foetalis. (Beobachtungen über pathologische Veränderungen der Thyreoidea bei kretinistischer Varietät der fötalen Chondrodystrophie.) (*Bellevue a. allied hosp.*) Arch. of internal med. Bd. **12**, Nr. 1, S. 37—48. 1913.

Die Chondrodystrophia foetalis ist eine Deformation der in Knorpel zuerst angelegten Knochenteile, deren Entwicklung in der 11. embryonalen Woche abgeschlossen ist: Schädelbasis, Becken, Rippen, lange Extremitäten. Kretinismus mit Thyreoideaveränderungen und Myxödem kann sich dazu gesellen. Ihre gegenseitige Beziehung wird teils behauptet, teils bestritten. (Abel, Hofmeister.) Thyreoidingaben hatten keine Wirkung. (Maric, Ceston, Cristopher.) Autor berichtet über die Autopsien von 4 Kindern und 1 Erwachsenen mit Chondrodystrophia foetalis, teilweise kombiniert mit Kretinismus. Er schließt: Bei einer Reihe von Fällen der Chondrodystrophia foetalis

finden sich außer den Veränderungen des Knochensystems auch solche der weichen Gewebe, eine Folge von Thyreoideaveränderungen (Verdickungen der Lippen, Wangen, Augenlider, Ohrenläppchen, Nasenflügel, Zunge, Vulva). Dazu kommt Myxödem des Unterhautzellgewebes. Manchmal zeigen solche Individuen alle äußeren Erscheinungen des Kretinismus (großer Kopf, Froschgesicht, hervorstehendes Abdomen, starke Hautfalten, plumpe Extremitäten) bei reger Geistesentwicklung. Solche Erscheinungen sind nur Folge der Knochenveränderungen. Zweifelhaft ist der Einfluß der Thyreoideaveränderungen auf die Knochen. Bei gleichzeitiger Chondrodystrophia foetalis und Kretinismus kommt noch die Frage dazu, ob letzterer nicht bloß eine Folge der durch erstere bedingten vorzeitigen Synostose des Os tribasilare ist. — Die Veränderungen der Thyreoidea sind teilweises Verschwinden der Alveolen durch stärkere Bindegewebszüge (chronischer Entzündungsprozeß), manchmal durch Wuchern des Alveolenepithels. Kolloidhaltige Vakuolen fanden sich nur ganz selten. *Mohr* (Berlin).

Hebammenwesen und -unterricht:

● **French, Margaret: Babies, a book for maternity nurses.** (Babys. Ein Buch für Wochenbettspflegerinnen.) London: Macmillan 1913. 80 S.

Das 80 Seiten umfassende Buch in Taschenformat enthält in 9 Kapiteln das Wichtigste und praktisch Wissenswerte über die Entwicklungsgeschichte und Physiologie des Neugeborenen, die Vorbereitungen zu seinem Empfang, sein Aussehen und seine Versorgung bei der Geburt, seine Pflege und Ernährung an der Mutterbrust, die künstliche Ernährung, die Pflege des zu früh geborenen Kindes, die hauptsächlichsten Mißbildungen und die wichtigsten Erkrankungen im Säuglingsalter. Besonders die künstliche Ernährung wird eingehend und klar dargestellt. *Lamers* (Amsterdam).

Kuschel: Statistisches aus Hebammentagebüchern. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. **26**, Nr. 16, S. 617—621. 1913.

Verf. will die Aufmerksamkeit der Medizinalbeamten in erhöhtem Maße auf das in den Tagebüchern der Hebammen niedergelegte statistische Material lenken, welches seiner Meinung nach geeignet ist, wertvolle Aufschlüsse über Geburtenhäufigkeit und Geburtenrückgang bei den verschiedenen Bevölkerungsklassen zu geben. Einige Tabellen, die aus den Tagebüchern der Hebammen des Stadtkreises Stettin-West gewonnen wurden, dienen zur Erläuterung seiner Ansichten. *Mangold* (Berlin).

Grumme, F.: Ein Widerspruch im preußischen Hebammenlehrbuch, Ausgabe 1912. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. **26**, Nr. 17, S. 656—657. 1913.

Verf. macht auf zwei Sätze des neuen preußischen Hebammenlehrbuches aufmerksam, die mit einander in Widerspruch stehen, nämlich S. 193: „Bei vielen Frauen beeinflußt namentlich vieles Trinken von Milch, aber auch der Genuß besonders kräftiger Suppen die Milchabsonderung günstig“ und S. 349: „Mittel, welche die Milchabsonderung vermehren, gibt es nicht“. Verf. lobt bei dieser Gelegenheit den Wert guter, rationell zusammengesetzter Nährmittel; es sei bedauerlich, daß z. Z. die Hebammen, sich strenge an ihr Lehrbuch haltend, vielfach den Wöchnerinnen vom Gebrauch derartiger Nährmittel direkt abraten. Verf. schlägt vor, den Satz S. 349 folgendermaßen abzuändern: „Abgesehen von kräftiger Ernährung und guten Nährmitteln, die die Milchabsonderung in günstigem Sinne beinflussen, sind keine anderen Mittel bekannt; insonderheit gibt es keine Arzneien, die die Milchmenge durch Anreiz der Brustdrüse erhöhen.“ *Mangold* (Berlin).

Baldassari, D.: Per l'istruzione delle levatrici. (Über die Ausbildung der Hebammen.) Ginecol. minore Jg. **6**, Nr. 1, S. 12—13. 1913.

Der Verf. bespricht eine Arbeit von Weißwange - Dresden (ohne die Quelle näher anzugeben), in welcher dieser Vorschläge für eine Verbesserung und Vertiefung der Hebammenausbildung macht. Baldassari stimmt Weißwange in den meisten Punkten zu, namentlich hinsichtlich Verlängerung der Kursdauer und höherer Anforderungen an die Vorbildung der Schülerinnen und übersetzt seine Worte zum Teil

wörtlich. Er ist der Meinung, daß bei dem jetzigen Schülerinnenmaterial selbst 18 Monate — so lange dauern in Italien die Hebammenkurse — oft nicht genügen, der künftigen Hebamme eine Ausbildung zu geben, wie sie im Interesse einer ersprießlichen Tätigkeit dringend zu wünschen ist. *Mangold* (Berlin).

Backhaus: Erfahrungen über Fortbildungskurse der Hebammen. (Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Leipzig, Sitzg. v. 21. IV. 1913.) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 38, S. 1404. 1913.

Die Kurse sind seit 1908 in Sachsen obligatorisch. Die Hebammen werden alle 5 Jahre für 14 Tage einberufen. Verf. hat in 94 Kursen 658 Hebammen unterrichtet. Die Kurse haben sich als sehr nötig erwiesen. Ausführliche Schilderung der Erfahrungen über Kenntnisse, Desinfektion, Handschuhgebrauch, Säuglingspflege usw. Besonders betont wird, daß die Hebammen mehr an den Säuglingsfürsorgebestrebungen teilnehmen müßten. Anregung zur Errichtung eines großen Mutterheims in Leipzig, da die bestehenden Einrichtungen nicht genügen. *Ruhemann* (Berlin).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Kronecker: Die Beriberi des kindlichen Alters. Vergiftung des Säuglings durch die Milch der beriberikranken Mutter. Auf Grund der Arbeiten amerikanischer Ärzte auf den Philippinen. Allg. med. Zentralzeitg. Jg. **82,** Nr. 34, S. 404—406 u. Nr. 35, S. 415—417. 1913.

In fast allen zu Manila beobachteten Fällen, in denen Mütter deutliche Erscheinungen von Beriberi hatten, starben ihre Brustkinder in den drei ersten Lebensmonaten unter Symptomen, die als Kinder-Beriberi — Tuon — gedeutet wird. Als Ursache der Krankheit wird die ausschließliche Brustnahrung angesehen, da der Milch beriberikranker Mütter lebenswichtige Stoffe fehlen sollen. Beginn oft schleichend mit anfänglich geringen Symptomen, gewöhnlich eins stärker hervortretend, aber bei Ausbruch der Krankheit schnelle Verschlimmerung — Aphonie, Verminderung der Harnsekretion. Nicht selten wiederholte Anfälle mit Intervallen von Besserung bis zum Exitus. Anderer Typus des Verlaufs ist der akute, perniziöse, bei dem das anscheinend völlig gesunde Kind unter Schreikrämpfen in wenigen Stunden stirbt. Obduktionsergebnisse: Dilatation und Hypertrophie des rechten Herzens, Stauungserscheinungen in Lunge, Milz, Niere, Entartung der peripheren Nerven. Tierexperimente stützen Ätiologie der Erkrankung. Säugung junger Hunde durch beriberikranke Frauen, deren Brustkinder kurz vorher gestorben. Tiere gedeihen anfänglich sehr gut, erkranken mit Lähmungen und Ödemen der Extremitäten und Dyspnöe und sterben am 6. resp. 8 Krankheitstage. Obduktion ergibt dieselben Befunde wie bei den Kindern. *Graeupner* (Bromberg).

Bonnet-Laborderie, A.: Tache bleue mongolique coexistant avec une fistule coccygienne. (Blauer mongolischer Flecken mit gleichzeitiger Steißbeinfistel.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8,** Nr. 7, S. 440 bis 442. 1913.

8 Monate altes Mädchen. (Eltern gesund, von europäischem Typ.) 2 Flecken an der Analfalte und am Kreuzbein, der eine hell, der andere dunkelblau mit weicher Haut; darüber 2 kleinere Flecken. Druck läßt die Verfärbung mehr hervortreten. 1 cm über der Steißbeinspitze eine 7—8 mm lange Fistel, die auf dem Knochen mündet. (Die foveola coccygea sitzt tiefer.) — Literatur. *Mohr* (Berlin).

Neurologie und Psychiatrie:

Zahn, Theodor: Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei nervösen Zuständen. Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 36, S. 1446—1449. 1913.

König und Linzenmeier: Über die Bedeutung gynaekologischer Erkrankungen und den Wert ihrer Heilung bei Psychosen. (*Psychiatr. u. Nervenklin. u. Frauenklin., Univ. Kiel.*) Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. Bd. **51,** H. 3, S. 1002 bis 1054. 1913.

König bespricht nach einem kurzen historischen Rückblick ausführlich das

bekannte Buch Bossis „Die gynaekologische Prophylaxe des Wahnsinns“. Er führt die dort geäußerten Theorien über die besonders für das Gehirn toxische Wirkung des Scheidensekrets Amenorrhoischer ad absurdum, ebenso die Giftwirkung der infektiösen Endometritis. Auch den Kausalzusammenhang von Störungen der inneren Sekretion mit Psychosen kann er im Bossischen Sinne nicht anerkennen. Kritisch werden die von Bossi geheilten 32 Fälle analysiert, dazu kommen noch 7 Fälle von Ortenau und einer von Rückert, die in Bossis Sinne veröffentlicht werden. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich bei diesen 40 Fällen nur um 5 echte Psychosen, bei denen auch ein sicherer Effekt durch die gynaekologische Behandlung nicht zu erkennen ist, die übrigen 35 sind mehr oder minder schwere Psychoneurosen, und hier ist ein Suggestiverfolg der Behandlung deutlich. — Verf. hat an dem Material der psychiatrischen Klinik folgende Frage zu lösen gesucht: „Gibt es Psychosen — gleichgültig wie die Psychiater sie nennen —, die einzig und allein durch eine genitale Erkrankung verursacht werden und demzufolge auch durch lokale Heilung zum Verschwinden gebracht werden?“ Er kam dabei zu einem absolut negativen Resultat. In keinem Fall konnte ein Erfolg der Operation resp. der Heilung des gynaekologischen Leidens auf den Verlauf der Psychose festgestellt werden, in wenigen Fällen waren allerdings Scheinerfolge vorhanden. Im ganzen handelt es sich um 178 Frauen, davon waren zwei Frauen nicht geisteskrank, bei 18 lagen organische Geistesstörungen, bei 158 funktionelle Psychosen einschließlich der hysterischen Neuropsychosen vor. — Kurze Angaben über die nähere psychiatrische Diagnose. — Die gynaekologische Untersuchung, die sich meist ohne Schwierigkeit und ohne Narkose durchführen ließ, stellte 64 mal ein Genitalleiden, 106 mal normalen Befund und 8 mal Gravidität fest. Von den 64 genitalen Erkrankungen entfielen 56 auf die funktionellen Psychosen, die allein für die Klärung der Frage in Betracht kommen. Eine Tabelle gibt darüber Aufschluß, wie sich die Erkrankungen und therapeutischen Maßnahmen auf die verschiedenen Psychosen verteilen, irgendein Schluß läßt sich daraus nicht ziehen, man sieht nur, daß der größte Prozentsatz von gynaekologischen Leiden bei Hysterischen gefunden wird. Es werden die Fälle von Scheinerfolg näher besprochen — immer lag es nur an der Art der psychischen Erkrankung — z. B. periodischer Melancholie, die auch sonst nach 5—6 Wochen bei derselben Patientin abgeklungen war. Das Verhalten der Menstruation wird in einer Tabelle dargestellt, es kommen relativ selten Unregelmäßigkeiten derselben vor. Speziell konnte die Behauptung Bossis widerlegt werden, daß Dementia praecox mit Menstruationsanomalien zusammenhängt, denn nur in 15% der Fälle wurden dieselben nachgewiesen. — Linsenmeier kritisiert die erwähnten 32 Fälle Bossis vom gynaekologischen Standpunkt. Die gefährliche Sekretstauung wird oft von dem „schneckenförmigen“ Uterus bedingt, eine Bezeichnung, die in Deutschland nicht gebräuchlich und wohl mit spitzwinkliger Anteflexio identisch ist. — Vermißt wird bei den vielen eiterigen Katarrhen eine bakteriologische Untersuchung und eine pathologisch-anatomische Diagnose der durch Operation entfernten Organe. — Die Art der Operation wird in vielen Fällen nur ganz flüchtig angegeben, so daß eine Nachprüfung nicht möglich ist. Es werden einige akut entzündliche Fälle curettiert, bei einem folgte darauf schwere Pyosalpinx, die durch Laparotomie entfernt wurde. Das Unlogische und Gefahrvolle der von Bossi angewandten Behandlung mit Intrauterinpessaren wird besonders betont. Die Tierversuche, die Bossi zum Beweise der Toxizität der Scheidensekrete anstellte, werden sowohl in ihrer Anlage, wie in ihrer Schlußfolgerungen einer abfälligen Kritik unterzogen. Verf. geht auf die gynaekologischen Verhältnisse der mit König gemeinsam untersuchten 178 Fälle ein. Unter den 64 pathologischen Befunden war nur ein Myom, alles andere waren sogenannte kleinere Leiden. In 40 Fällen wurde Retrofl. uteri mobil. und fixa notiert, 12 mal Fluor aus verschiedenen Gründen (Gonorrhöe, Erosio, Cervixkatarrh), 2 mal wurde spitzwinklige Anteflexio mit Stenose des Orific. int. gefunden. — 38 Frauen wurden gynaekologisch behandelt, davon 17 konservativ und 21 operiert. — Um Bossis Resultate nachzuprüfen, wurden mehr Eingriffe gemacht, als es den Grund-

sätzen der Stöckelschen Klinik entspricht, z. B. bei mobiler Retroflexio. — Die Therapie bestand in Alexander-Adams, Dilatatio, Abrasio, Ätzungen, Pessarbehandlung usw. — Fast alle Fälle konnten nachuntersucht werden und waren vom gynaekologischen Standpunkt geheilt. — Irgendein Einfluß auf die Psychose konnte, wie erwähnt, in keinem Falle erreicht werden. Der Widerspruch mit Bossi liegt in der außerordentlichen suggestiven Kraft von Bossis Persönlichkeit, so daß die gynaekologische Behandlung nur ein Hilfsmittel darstellt. — Den III. Teil der Arbeit bildet eine ausführliche Kasuistik. *Ruhemann* (Berlin).

Soziales. Statistik:

Hanssen: Über den Geburtenrückgang. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 36. S. 2004—2006. 1913.

Sammelreferat.

Bosc, Frédéric-J.: Ce que doit être une consultation de nourrissons. (Was soll eine Sprechstunde für Säuglinge sein?) Pédiatr. prat. Jg. **11**, Nr. 4, S. 62—73. 1913.

Seit 5 Jahren hat Verf. in Montpellier eine Sprechstunde für arme Säuglinge begründet. Die Mütter sind schon während der Geburt zu Hause gepflegt (Dames visiteuses), nach Bedürfnis vom Arzt behandelt. Dann bekommen die Säuglinge und deren Mütter zweimal in der Woche eine ärztliche Besprechung, Nahrungs- und Arzneimittel. Jedes Kind wird gewogen, die Kranken, besonders die von tuberkulöser Mutter geborenen Säuglinge werden soviel wie möglich, mehrere Jahre nacheinander, auf den Berg am Seeufer geschickt. Seit 5 Jahren hat die Mortalität um 70% abgenommen. *R. Chapuis* (Genf).

Dowd, J. Henry: Where should permission to marry end? (Grenzen des Heiratskonsenses.) Med. rev. of rev. Bd. **19**, Nr. 8, S. 480—484. 1913.

Vorschlag folgender allgemeiner Regeln für die staatliche Ehegesetzgebung: Heirat ist zu gestatten bei Gonorrhöe nach Beibringung eines Sachverständigenzeugnisses, welches vollkommenes Fehlen von Gonokokken bestätigt; bei Syphilis, wenn in den letzten fünf Jahren keine Zeichen der Krankheit vorhanden waren; bei Nachkommen von Psychotischen, Epileptikern und Schwachsinnigen nur, wenn diese Erkrankungen weder bei dem Bewerber, noch in der unmittelbar vorhergehenden Generation nachweisbar sind; bei schweren, gewohnheitsmäßigen Trinkern und Verbrechern soll die Erlaubnis überhaupt nicht erteilt werden, namentlich nicht, wenn dieselben Eigenschaften schon beim Vater vorgekommen waren; bei Tuberkulose und Krebs in der Familie besteht die Gefahr, die Disposition zu den genannten Krankheiten auf die Kinder zu vererben; bei Hysterie, Neurasthenie und verwandten Zuständen ist besonders sorgfältige Prüfung erforderlich, ehe der Heiratskonsens erteilt wird, namentlich wenn diese Affektionen bei dem Bewerber in ausgesprochener Weise vorhanden sind und in seiner Aszendenz in mehreren Generationen aufgetreten waren.

Um zu zeigen, in welcher Weise gute und schlechte Eigenschaften auf die Nachkommenschaft übergehen können, führt Verf. folgende interessante Stammbäume an: Von 1200 Nachkommen des berüchtigten Verbrechers Max Jukes (geb. 1720) starben 300 als Kinder, 300 im Armenhause, 440 litten an „lasterhaften" Krankheiten, 400 waren minderwertig, 50 Prostituierte, 7 Raubmörder, 60 Gewohnheitsdiebe mit durchschnittlich 12 Jahren Kerker. Dagegen finden sich unter 1394 Nachkommen des ehrenwerten Jonathan Edwards (geb. 1705) 295 „college graduates" (Besitzer des ersten Universitätsgrades), 1 Vizepräsident und 3 Senatoren der Vereinigten Staaten, 12 College-Präsidenten, 65 College-Professoren, 60 Ärzte, 100 Geistliche 75 Offiziere, 60 Schriftsteller, 100 Advokaten und 80 Staatsbeamte. *Schmid* (Prag).

Friedenthal, Hans: Die Vererbung und Bestimmung des Geschlechtes. Naturwissenschaften Jg. **1**, H. 38, S. 906—908. 1913.

Stadler, Ed.: Arbeiten über Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 37, S. 1510—1511. 1913.

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
Band III, Heft 3. sowie deren Grenzgebiete. S. 97—144

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Pettus, C. S.: An inquiry into the pathology of dysmenorrhea. (Untersuchung über die Pathologie der Dysmenorrhöe.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. **10**, Nr. 3, S. 74—78. 1913.

Nichts Neues. *Mohr* (Berlin).

Goldberger, M. F.: The relation of the cervix to sterility and pregnancy. (Die Beziehungen der Cervix zu Sterilität und Schwangerschaft.) Internat. journal of surgery Bd. **26**, Nr. 8, S. 269—272. 1913.

Folgende Veränderungen der Cervix spielen bei der Entstehung der Sterilität eine Rolle: 1. Entzündungen der Schleimhaut, wie sie hervorgerufen werden durch exzessiven Geschlechtsverkehr, Gonorrhöe oder Fremdkörper. 2. Fibröse und sklerotische Cervix, mit stecknadelknopfgroßem, äußeren Muttermund und hypoplastischem Uterus. 3. Pathologische Anteflexio mit Abknickung am inneren Muttermund. 4. Cervixrisse, und zwar infolge des sie stets begleitenden Cervikalkatarrhs. Als Behandlungsmethoden kommen in Frage: Dilatation bei Stenose, Dilatation und Curettage bei Cervixkatarrh, Incision der hinteren Cervixlippe bei pathologischer Anteflexio, Plastik, verbunden mit Portioamputation bei Cervixrissen. Beschreibung der letzteren Operation, wobei besondere Sorgfalt auf die an den Ecken befindlichen Nähte gelegt wird: es wird zunächst das eine Ende des Fadens von der Schleimhaut her durch die vordere Lippe geführt, dann das andere Ende des Fadens eingefädelt und von der Schleimhaut her die hintere Lippe gefaßt, worauf beide Enden geknotet werden. Mit den genannten Behandlungsmethoden wurden 80% der Dysmenorrhöen geheilt, in 40% trat Schwangerschaft ein. *Rittershaus* (Coburg).

Plicque, A. F.: Les anémies de la puberté et leur traitement. (Die Anämien in der Entwicklungszeit und ihre Behandlung.) Bull. méd. Jg. **27**, Nr. 71, S. 793—794. 1913.

Ätiologisch kommt außer schlechten hygienischen Verhältnissen (sitzende Lebensweise, ungenügende und unzweckmäßige Ernährung, mangelhafte Körperpflege, geistige Überbürdung) häufig die Tuberkulose in Betracht, deren Frühdiagnose zu erstreben ist. Für die Therapie ist wichtiger als medikamentöse Behandlung (Eisen, Arsen, Chinin, Magnesia, Organtherapie) die hygienische, als Freiliegekur und Überernährung; Hydrotherapie mit Vorsicht. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Cummins, S. L., and C. C. Cumming, A preliminary note on the differentiation of staphylococci. (Vorläufige Mitteilung über die Differenzierung von Staphylokokken.) Journal of the roy. army med. corps Bd. **20**, Nr. 5, S. 499 bis 511. 1913.

Züchtungsversuche von Staphylokokken der Epidermis des Kalbes führten die Autoren zur Schlußfolgerung, daß die Farbe der Kolonien von höchster Wichtigkeit für die Differenzierung der Staphylokokken ist und daß die beobachteten gelblichen, grauen und opaque-weißen Stämme voneinander verschieden waren. Serologische Untersuchungen zeigten, daß die weißen Stämme im wesentlichen dieselben waren, doch gelang es, einzelne durch Absorptionsproben auszuscheiden. Als Schwierigkeit erwies

sich hierbei, daß einige Staphylokokken als Antigene unwirksam waren und weder Opsonine noch Agglutinine hervorzurufen schienen, so daß die Absorptionsproben zur Differenzierung der Staphylokokken nicht allgemein verwertbar waren. *Stolz.*

Nesfield, V. B.: Sterilized pus for the treatment of infections and sterilized cancer inoculations. (Impfungen mit sterilisiertem Eiter und sterilisiertem Krebsextrakt.) Indian med. gaz. Bd. **48**, Nr. 8, S. 307—309. 1913.

Verf. verwendet statt der gebräuchlichen Vaccinen sterilisierten autogenen Eiter. Die Sterilisationsmethode besteht in aseptischer Entnahme, Zusatz der gleichen Menge Karbollösung (1 : 40) und Kochen im Wasserbade. Impfung jeden zweiten Tag beginnend mit 2 minims (etwa 0,1 g) steigend bis zu 15 minims. Damit ist ein Psoasabsceß nach 6 Wochen geheilt, ebenso wurden multiple pyämische Abscesse, ein Empyem und eine septisch infizierte Operationswunde zur Heilung gebracht. Auf ähnliche Weise stellt Verf. aus exstirpierten Krebsgeschwülsten ein Heilmittel gegen das Carcinom her, mit dem er einige Erfolge erzielt hat. *Kempf.*CH

Bandler, Samuel Wyllis: The internal secretions as they concern the gynecologist. (Die innere Sekretion in ihrer Bedeutung für den Gynaekologen.) New York med. Journal Bd. **98**, Nr. 3, S. 111—115. 1913.

Die überaus detaillierten Ausführungen leitet der Gedanke, daß die Gesundheit des Weibes von der normalen Balance der Drüsen mit innerer Sekretion abhänge. Störungen in der Tätigkeit einer Drüse ziehen Alterationen in der Funktion andrer Drüsen nach sich und führen zu oft unerklärlichen pathologischen Erscheinungen, die sogar Familieneigentümlichkeiten werden können. Die Fülle der Details bringt nichts Neues. *Stolz* (Graz).

Allgemeine Diagnostik:

Rattermann, Frank L.: Abdominal diagnosis. (Abdominaldiagnosen.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 25, S. 676—679. 1913.

Autor empfiehlt Inspektion des stehenden Patienten von der Seite gegen das Licht gesehen. Desgleichen im Liegen. Bestimmend sind die Anormalitäten der Schattenlinien in der Bewegung durch Atmung, und unter dem Druck der inneren Organe. Unter den aufgezählten diagnostischen Zeichen: Hervorragen des Nabels für Hernie oder Wassersucht, sichtbare und pulsierende A. mammaria oder A. epigastrica inferior für Verlegung der A. aorta oder A. iliaca communis, schwach entwickelte Bauchmuskeln, Beweglichkeit der 10. Rippe, Einsinken des Epigastriums gegenüber Anschwellen der Nabelgegend, für Enteroptose. Gastrische Dyspepsie verdeckt oft Appendix- und Gallenblasenaffektionen. Befindet sich die große Kurvatur des Magens unter dem Nabel: Dilatation oder Ptosis des Magens; für letztere spricht allmählicher Übergang des Magenschalles in die Leberdämpfung, da die kleine Kurvatur dann tiefer gesunken ist, als ihrer normalen Abgrenzung gegen den Leberrand entspricht. Das Ergebnis anderen Schalls über einem Tumor von Magen, Leber usw. bei Kratzauskultation mit dem Stethoskop spricht für Ursprung des Tumors außerhalb des betreffenden Organes. Gelbsucht im mittleren Alter bei abtastbarer Gallenblase-Malignität! (Courvoisier). Die Milz ist von dem links sitzenden Untersucher bei rechter Seitenlage des Patienten unter Hochheben des linken Armes mit der Linken abzutasten. Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Gallenblasenvergrößerung ermöglicht die Aufblähung des Colon transversum. Autor hält die Untersuchung mit Röntgenstrahlen für wertvoller als die chemische Untersuchung des Mageninhaltes. *Mohr* (Berlin).

Allgemeine Therapie:

Berdez, Über die Röntgentherapie der Myome. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 4, S. 393—397. 1913.

Selten Mißerfolge: 3 mal Wiedereintreten der Blutung, mitunter Erytheme, nie ernsthafte Komplikationen bei 82 Fällen von Myom und 20 von Metropathie. Technik: Harte Müllerröhren und Radiologieröhren (9—11 W.), 3 mm Aluminiumfilter; Focus-Hautdistanz = 20 cm; 2 Felder, je eins auf jeder Seite von 9 cm Durchmesser; 2 Kreuz-

feuer auf jedes Ovarium durch entsprechende Neigung des Apparates von oben nach unten und von außen nach innen; Kompression der bestrahlten Stelle durch Luffapelotte, um die Haut zu anämisieren und die Ovarien der Hautoberfläche zu nähern; Bestrahlung während der Menses, um die bestehende intensive Blutzirkulation zur Erhöhung der Dosis auszunutzen. Dosis auf jedes Feld = Farbe III nach Bordier (12 H); eine Serie umfaßt 5—6 Sitzungen, die sich alle zwei Tage aufeinanderfolgen; Zwischenpause von 3 Wochen. Erfolge befriedigend. Bei geeigneten Fällen soll mit den von Krönig benutzten Apparaten die Freiburger Methode angewendet werden.

Müller-Carioba (Freiburg i. B.).

Klein, Gustav: Erfolge der Röntgenbehandlung bei Carcinom des Uterus, der Mamma und der Ovarien. (*Gynaekol. Univ.-Poliklin., München.*) Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1, S. 260—271. 1913.

I. Allgemeines. Das den Carcinomherd umgebende Bindegewebe wird derber, es bildet gleichsam einen Mantel oder Wall, der vielleicht dazu beiträgt, das Fortschreiten des Carcinoms eine Zeitlang zu hemmen. Sehr wertvoll sind die Kombinationen einerseits verschiedener Strahlenarten (Röntgen-, Mesothorium), andererseits der Röntgenstrahlen mit chemischer Methode (Borcholin, Arsen usw.). Durch die Strahlen werden die Carcinomerreger vernichtet, das umgebende lympho- und leukocytenreiche Gewebe (Kampfzone) wird dann leicht mit den Carcinomepithelien fertig. II. Spezielles: A. Uteruscarcinom. Prophylaktische Strahlenbehandlung nach Exstirpation des Uterus. Resultat: $^5/_4$ Jahre nach der Operation ausgezeichnetes Allgemeinbefinden. Strahlendosis sehr hoch, bis zu 240 X und 240 Lichtminuten. Anwendungsdauer: jahrelang, anfangs häufigere Serien, später seltenere. Bei inoperablem Carcinom keine Grenze der Dosis und Anwendungsdauer: Aufhören der Jauchung, Blutung, Schmerzen, resp. erhebliche Verminderung derselben. B. Mammacarcinom. Ebenfalls prophylaktische Bestrahlung nach Amputation: Wachstum der in der Achelhöhle zurückgebliebenen Carcinommassen verlangsamt, Allgemeinbefinden leidlich. In einem Fall $5^1/_2$ Jahre lang Dauerheilung, trotz 3maliger Bildung von Rezidiven. C. Adenom und Carcinom des Ovariums. Prophylaktische Bestrahlung nach Operation, besonders wenn sicher Tumorreste in der Bauchhöhle zurückgeblieben sind. Auch hier langsames Wachstum bei derber Konsistenz des Tumors; Sensibilisieren der Tumoren durch Diathermie.

Immelmann (Berlin).

Warden, A. A.: Inoperable cancer and radium. Some experiences. (Inoperabler Krebs und Radium. Einige Erfahrungen.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 1, S. 19—32. 1913.

Warden beschreibt 5 Fälle von vorgeschrittenem Carcinom des Mundes und Rachens, in denen zum Teil in Kombination mit chirurgischen Eingriffen gute Erfolge erzielt wurden, die den Patienten das Leben erleichterten und verlängerten. Vor allem stillte das Radium unmittelbar die Schmerzen, hielt das Wachstum der Geschwulst zeitweise auf und zerstörte die Krebszellen, dagegen hatte es auf Metastasenbildung keinen Einfluß. W. rät auch in vorgeschrittenen Fällen Radium anzuwenden. Eine Schädigung wurde in keinem Fall beobachtet.

Wohlauer (Charlottenburg).CH

Holzner, Josef: Ein kasuistischer Beitrag zur Radiumbehandlung maligner Tumoren. (*Med. Klin. R. v. Jaksch.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 31, S. 436—438. 1913.

Stoffwechsel- und Blutuntersuchungen bei einem Patienten mit Lymphosarkom, der mit Radiumemanation in Form einer Trinkkur behandelt wurde. Der Einfluß der Emanation machte sich in einer Zunahme der Diurese, Steigen des Stickstoffes und der Harnsäureausfuhr geltend. Eine wesentliche therapeutische Beeinflussung des Krankheitsprozesses wurde nicht beobachtet.

Stammler (Hamburg).CH

Dessauer, Friedrich: Der Wechselstrom-Reform-Röntgenapparat. Zentralbl. f. Röntgenstrahl., Radium u. verw. Geb. Jg. **4**, H. 6/7, S. 233—243. 1913.

Dessauer hat einen neuen Wechselstrom-Reform-Röntgenapparat mit erheblichen Vorteilen und Verbesserungen gegenüber den bisherigen Typen konstruiert. Diese Verbesserungen sind: 1. Gleichgute Aufnahme- und Durchleuchtungsbilder wie beim Funkeninduktoriu ohne die bisherige starke Abnützung der Röhre durch übergroße Erhitzung. Dies ist dadurch er-

reicht, daß durch geeignete Vorrichtungen die Zahl der Induktionsentladungen auf 25 pro Sekunde bei Verwendung von Wechselstrom mit 100 Wechseln reduziert wird. In gleichem Maße wird die Stromstärke jeder einzelnen Entladung gesteigert. In Praxi ist die gewöhnliche Lebensdauer der Röntgenröhre über 100 Stunden bei vorzüglicher Leistung. Es können gleichzeitig auch 2 oder 4 Röhren mit demselben Apparat betrieben werden, ohne daß die Röhren genau denselben Härtegrad zu haben brauchen. 2. Erzielung einer hohen Tiefendosis in der gynaekologischen Röntgentiefentherapie dadurch, daß nur der erste Teil des Stromimpulses, der den harten trahlenanteil liefert, verwendet wird. Um weichere oder härtere Strahlen zu bekommen, braucht man bloß 2 Kontaktbogen entsprechend zu verstellen. 3. Der wichtigste Vorteil ist die Möglichkeit einer körperlichen Durchleuchtung. Der Reformapparat kann gleichzeitig, d. h. in sehr schnellem Wechsel 2 Stromkreise betreiben. Es wird eine Röntgenröhre mit 2 X-Strahlenzentren verwendet, so daß immer 2 Bilder auf dem Leuchtschirm entstehen. Diese treten zeitlich jedoch so schnell hintereinander auf (Pause $^1/_{50}$ Sekunde), daß das Auge in Wirklichkeit den Eindruck eines einzigen, und zwar eines körperlichen Bildes hat. *Wössner.*

Arrivat, M., et H. Roziès, L'huile camphrée à hautes doses en thérapeutique. (Die therapeutische Verwendung des Campheröles in hohen Dosen.) Gaz. des hôp. Jg. **86,** Nr. 66, S. 1080—1082. 1913.

Verff. empfehlen angelegentlichst Verwendung des Campheröls in der inneren Medizin und Chirurgie, und zwar in hohen Dosen, d. h. im allgemeinen nicht unter 20 ccm täglich, appliziert in regelmäßigen Dosen von 5 ccm an. Während der Campher in kleinen Dosen ein Excitans darstellt, soll er in hohen Dosen außerdem sehr erhebliche antiseptische bzw. antitoxische Wirkungen entfalten, insbesondere soll er eine spezifisch bactericide Wirkung auf den Pneumokokkus ausüben.

Die Verff. empfehlen in geeigneten Fällen die Applikation des Camphers in hohen Dosen auch bei Säuglingen und alten Leuten und raten nur bei Nierenkranken zur Vorsicht (nicht über 15 ccm pro die). Häufige Lüftung des Krankenzimmers, mehrstündige Intervalle zwischen je 2 Injektionen sind als Schutzmaßregeln in allen Fällen angebracht. Die Tagesdosen schwanken zwischen 20 und 100 (!) ccm, die Einzeldosen zwischen 5 und 20 ccm des 10proz. Campheröles. Indessen soll man bei dringenden Fällen auch vor Injektionen von 50 ccm auf einmal nicht zurückschrecken. Im speziellen sind die Dosen: Bei Erwachsenen: pro die 20—100 ccm, pro dosi bis 20 ccm; bei Säuglingen: pro die bis 8 ccm; bei alten Leuten: pro die 30—40 ccm. Die Injektion wird am besten intramuskulär ad nates appliziert, doch gelangt auch die subcutane Injektion zur Anwendung; es wird eine leichte Massage angeschlossen.

Die Indikationen sind sehr mannigfach. In der Chirurgie: Postoperativer Shock, starke Blutverluste, Phlegmonen aller Art, Peritonitiden, Infektionen des Urogenitaltraktus, Schädigungen der Lunge oder des Herzens infolge Narkose (Bronchopneumonie, Synkope). *Mettin* (Berlin).[CH]

Szenassy, Josef: Zueltzers Peristaltik-Hormon in der operativen Gynaekologie. (*I. Univ.-Frauenklin., Budapest.*) Orvosi Hetilap. Jg. **57,** Nr. 30, S. 559. 1913. (Ungarisch.)

Verf. referiert über die auf der I. Univ.-Frauenklinik in Budapest durch postoperative Hormonalinjektionen erreichten Erfolge. Die Resultate sind sehr gut. Er empfiehlt die intramuskuläre Injektion von 15—20 ccm Hormonal als ganz gefahrlos. Hingegen verursachen die intravenösen Injektionen oft Schüttelfröste oder wenigstens größere Temperaturerhöhungen, selbst Collaps, die durch die vasodilatative Wirkung des Mittels hervorgerufen werden. Die Injektionen wurden nach jeder Laparotomie prophylaktisch angewendet. *Frigyesi* (Budapest).

Beco, Lucien, et L. L. Plumier: Recherches expérimentales sur les actions physiologiques cardio-vasculaire et diurétique de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse (pituitrine) chez le chien. (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Extraktes des Hinterlappens der Hypophyse [Pituitrin] auf den Herz-Gefäßapparat und auf die Diurese.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belg. Ser. 4 Bd. **27,** Nr. 5, S. 369—404. 1913.

Intravenöse Injektion von Pituitrin erzeugt beim Hunde mäßige Blutdrucksteigerung, Pulsverlangsamung und Schwankung in der Diurese. Die Drucksteigerung ist beträchtlicher, wenn man vorher die Vagi durchschnitten oder die Enden gelähmt hat. Die Erhöhung des Blutdruckes hängt von einer visceralen und peripheren Gefäß-

verengerung ab, deren Mechanismus nicht der Aktion des Vasomotorenzentrums untersteht. Die Pulsverlangsamung ist nach Vagotomie oder Atropindarreichung nicht zu erzielen. Andererseits verschwindet durch Pituitrin Tachykardie, die durch Atropin oder Vagotomie erzeugt wurde. Die durch Pituitrin hervorgerufene Diureseverminderung hängt von einer Vasokonstriktion der Nierengefäße ab. Das Acetat des Theocin übt eine entgegengesetzte Wirkung als die des Pituitrins. Dieses beschleunigt den Puls, hebt nicht den Druck und bewirkt eine Vasodilatation der Nierengefäße und insofern Diurese. *Eppinger* (Wien).[M]

Allgemeine Chirurgie:

François, Adhémar, De la chloroformisation en cardiopathie. (Chloroformnarkose bei Herzkrankheiten.) Ann. de l'inst. chirurg. de Bruxelles Jg. **20**, Nr. 6, S. 102—112. 1913.

Die Verunreinigungen des Chloroforms sind weniger zu fürchten als das Chloroform selbst. Es erscheint jetzt sicher, daß das Chloroform direkt auf den Herzmuskel einwirkt. Es schädigt das Herz, indem es den Blutdruck herabsetzt. Auch erleidet das Blut Veränderungen: Verminderung der Leukocyten, Urobilinurie, Hämatoporphyrinurie und Hyperglykämie, ferner eine Ansammlung von Kohlensäure. Der Standpunkt, Herzkranke überhaupt nicht zu chloroformieren, ist nicht berechtigt; auch wird er deshalb schon nicht durchgeführt, weil viele Herzkrankheiten nicht vor der Narkose diagnostiziert werden. Die meisten vertreten die Ansicht, daß kompensierte Herzfehler keine Kontraindikation für Chloroformnarkose sind. Für viele bilden auch Myokarditis und Coronararteriensklerose kein Hindernis, nur muß man sehr vorsichtig sein. Die Vorteile des Äthers in diesen Fällen sind wegen seiner Wirkung auf Lungen und Bronchien sehr zweifelhaft. Die beste Vorsichtsmaßregel ist, nur einen erfahrenen Narkotiseur zu nehmen. Niemals sollen große Mengen Chloroform auf einmal aufgegossen werden. Als Vorbeugungsmittel werden angeführt die Intubation (Kuhn), die präventive Einspritzung von Adrenalin (Delbet). Die absolute Kontraindikation, Chloroform anzuwenden, besteht nur sehr selten. *Schlesinger* (Berlin).[CH]

Buxton, Dudley W.: The dosimetric method of administering chloroform. (Die dosimetrische Methode der Chloroformanwendung.) Lancet Bd. **185**, Nr. 4694, S. 464—466. 1913.

Zur Vermeidung übler Zufälle bei der Narkose sowie der toxischen Nachwirkungen des Chloroforms ist es erforderlich, daß der Gehalt des eingeatmeten Gasgemisches an Chloroform 2% nicht überschreitet. Im Gegensatz zu anderen Autoren behauptet Verf., daß die Narkose bei solcher Dosierung tief genug sei, um jede beliebige Operation auszuführen. Versager beruhen stets auf technischen Fehlern, schlechtem Schluß der Maske usw. Wenn es der Zeitersparnis halber darauf ankommt, eine schnelle Narkose herbeizuführen, kann man vorher Atrophin injizieren und die Narkose mit Stickstoffoxydul einleiten. Zur Kontrolle der geforderten 2% Chloroformkonzentration sind viele der üblichen Inhalationsapparate (Snow, Clover) nicht geeignet. Auch beim Roth-Drägerschen Apparat ist der Prozentsatz des inhalierten Gases an Chloroform gewöhnlich zu hoch. Verf. empfiehlt daher für eine sichere Narkose in erster Linie den Regulator von Vernon-Harcourt. Er gibt das Chloroform zusammen mit Sauerstoff. *Kempf* (Braunschweig).[CH]

Ferguson, Robert H., An artificial airway for surgical anesthesia. (Eine Kanüle für chirurgische Narkose.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **60**, Nr. 24, S. 1858—1859. 1913.

Ferguson machte Versuche mit einer von Hewitt konstruierten Kanüle, die in den Pharynx eingeführt wird und den Zweck hat, bei Patienten, bei denen die Atmung durch den Mund behindert ist, dieselbe frei zu machen. Die Kanüle besteht aus einer gebogenen aus Kautschuk gefertigten Röhre, in die ein metallenes trichterförmiges Mundstück eingefügt ist. Dasselbe hat eine Rinne, in die die Zähne sich einbeißen. F. hat dieses Instrument noch modifiziert, indem er für Ein- und Austritt der Luft gesonderte Öffnungen anbrachte und das Metallstück verlängerte, da die weiche Kautschukröhre leicht zusammengedrückt wird, so daß die Luft nicht passieren kann. Die Narkose erfolgt durch Aufgießen von Äther auf die den Trichter überspannende Gaze. Die Kanüle soll eingeführt werden, sobald tiefe Narkose eingetreten. Indikationen sind vor allem Fälle, wo durch Muskelspannung oder ungeeignete Lage Epiglottis und Zungenbasis dicht der Pharynxwand anliegen und so die Atmung behindern, besonders bei

Patienten mit sehr kurzem dicken Hals. Das Instrument wird in zwei Größen (für Kinder und Erwachsene) konstruiert. *Schlesinger* (Berlin).CH

Robineau: Transfusion de sang. (Bluttransfusion.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39,** Nr. 28, S. 1198—1202. 1913.

Heilung einer bedrohlichen chronischen Anämie infolge Hämorrhoidalblutungen durch direkte Transfusion von Blut. In den ersten 7 Tagen nach der Transfusion mäßige Besserung, dann aber plötzlicher Umschwung und schnelle Heilung. Entsprechend verhielt sich das Blutbild, anfangs dauernde Abnahme der roten Blutkörperchenzahl, dann schneller Anstieg. Der Hämoglobingehalt war nach der Transfusion gleichmäßig erhöht geblieben. *Wrede.*CH

Billings, Frank: Internal hemorrhages; can we control them? (Innere Blutungen. Können wir sie kontrollieren?) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 4, S. 255—257. 1913.

Die wichtigste Aufgabe der Behandlung von Organblutungen (exklus. Dural-Pleura- und Peritonealblutung) ist, körperliche und geistige Ruhe beim Pat. herzustellen; diese wird am besten durch Opiate erzielt. Zweitens soll die Gerinnungsfähigkeit des Blutes vermehrt werden durch Chlorcalcium. Drittens ist mit Eisblase eine Gefäßverengerung zu erstreben. Die meisten Blutungen brauchen zur Stillung keine anderen Mittel. Dauert die Blutung an, so ist die Gerinnungszeit des Blutes zu bestimmen; ist dieselbe zu lang, so ist durch subcutane oder intravenöse Injektion von 10 bis 30 ccm Menschenserum von normalem oder Diphtherie-Pferdeserum die Gerinnungsfähigkeit zu verbessern. Andere Mittel werden nicht besprochen, da dieselben die Thrombenbildung entweder verhindern oder dieselbe durch Erhöhung des Blutdruckes stören oder vereiteln (Stypticin, Ergotin, Epinephrin). Nicht angezeigt sind aus ähnlichen Gründen Stimulantien wie Strychnin, Campher, Digitalis usw.; ebensowenig ist der Gebrauch von Kochsalzinfusionen zu empfehlen. Bei andauernder Magenblutung ist Spülung des Magens mit nachheriger Einverleibung von Bismut. subnitricum in größerer Dosis das beste Mittel; denn bei leerem Magen steht die Blutung. Infusionen dürfen nur bei fortgesetzter Blutung gebraucht werden, um den Verblutungsgefahren zu begegnen. *Iselin* (Basel).CH

Esslinger, Fr.: Über den Einfluß des Rohparaffinöls auf das Epithelwachstum. (*Chirurg. Klin., München.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85,** H. 3, S. 715 bis 723. 1913.

Die Epithelregeneration der mit Paraffinölsalbe behandelten Ulcera erfährt eine wesentliche Steigerung. Es läßt sich wie bei der Scharlachsalbe die Beobachtung machen, daß die neugebildete Epidermis sich durch einen hohen Grad von Dicke und Widerstandsfähigkeit auszeichnet. *Naegeli* (Zürich).CH

Dietrich, S.: Anurie nach erweiterter abdominaler Radikaloperation wegen Collumcarcinoms. Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. **4,** H. 4, S. 134—137. 1913.

Fall von abdominaler Radikaloperation mit Ausräumung der Parametrien; intraperitoneale Tamponade durch den Rest des Scheidenrohres herausgeleitet. Ungestörter Heilungsverlauf, nur in den ersten Tagen rechts unten im Unterleib Schmerzen. Urin leicht getrübt durch Eiterkörperchen, kein Blut enthaltend. Am 16. Tage p. op. begann plötzlich — eingeleitet durch heftige Schmerzen in beiden Nierengegenden und rechts im Unterleib — eine vollständige Anurie, die trotz regelmäßiger Blasenspülungen und heißer Kompressen 86 Stunden anhielt. Durch Katheter wurde nur reiner, steriler Eiter aus der Blase gewonnen. Allgemeinbefinden während der Anurie nicht wesentlich gestört, Temperatursteigerung bis 38,3°. Vaginale Untersuchung gibt keine Aufklärung. Cystoskopischer Befund: Cystitis bullosa; aus beiden Ureteröffnungen ragen dicke Eiterpfröpfe in die Blase hinein. Ureterenkatheter stößt links nach 1 cm auf Widerstand, kann rechts nicht eingeführt werden. Zweimalige Instillation von 200 ccm Suprareninlösung (0,1 : 1000,0) macht schließlich der Anurie ein Ende. Eine am 24. Tage p. op. auftretende Ureterscheidenfistel, die wahrscheinlich auf eine 4 Tage vorher erfolgte Probepunktion des Parakolpiums zurückzuführen ist, heilte in kurzer Zeit spontan.

Verf. neigt zu Stoeckels Ansicht, der diese Störungen des Harnapparates vor allem auf eine Infektion der dislozierten und gemißhandelten Ureteren und der Blase zurückführt, glaubt aber, daß auf Vermeidung von trophischen Störungen durch möglichst subtile Technik hauptsächlich Wert zu legen ist. *Bleek* (Bielefeld).

Roux, Jean-Ch., Les lavements alimentaires. (Nährklistiere). Clinique (Paris) Jg. 8, Nr. 19, S. 298—299. 1913.

Die Nährklistiere sind nicht geeignet, die orale Ernährung völlig zu ersetzen; beobachtet man doch, daß die Kranken trotz Nährklysmata nur geringeren Gewichtsverlust zeigen als diejenigen, welche vollkommen fasten. Die Verminderung der Abmagerung durch die Nährklistiere beruht auf der Einschränkung des Wasserverlustes, wie wir dies deutlich bei Kranken mit Magengeschwür und Magenerweiterung infolge des übermäßigen Erbrechens beobachten können. Wasser und Salz wird vollständig durch das Rectum aufgenommen, doch muß man eine hypotonische Salzlösung wählen (0,2%). Dabei ist die tägliche Harnmenge der Kranken zu messen, damit sie nicht die Hauptmenge des zugeführten Wassers oder der Salze wieder ausscheiden. Roux verwendet 250 g Salzwasser, das er 3—4 mal pro Tag per Klysma zuführt, ev. läßt er es langsam einfließen (Tröpfcheneinlauf). Man kann dem Einlauf Pepton oder geschlagene Eier beifügen, ev. das Wasser durch Milch ersetzen, sieht aber dann leicht Reizungen des Darmes, welche die rectale Ernährung illusorisch machen. Ferner kann man dem Wasser 12 g Zucker und 12 g Alkohol beifügen (auf 300 g Wasser) und so dem Organismus 400 Calorien pro Tag zuführen. Will man Stickstoff dem Klysma zusetzen, so muß man Aminosäuren wählen (ca. 10 g auf 300 Wasser). Die Alkoholklysmen rufen eine sekundäre Hypersekretion des Magens hervor, sind also bei Magenulcus zu meiden. Unter diesen Gesichtspunkten leisten die Nährklistiere auch heute noch gute Dienste, besonders um den Wasserverlust des Körpers auszugleichen, wenn man nur Reizungen des Rectums durch konzentrierte Lösungen vermeidet. *Frankenstein.*

Sparrow, G.: Some cases of haemophilia. (Einige Fälle von Hämophilie.) St. Bartholomew's hosp. journal Bd. **20**, Nr. 12, S. 189—190. 1913.

Autor berichtet über einen Fall, dessen genealogische Anamnese der allgemeinen Annahme widersprach, daß die hämorrhagische Diathese auf die Männer durch die Frauen der Familie übermittelt wird. Einige Fälle zeigten deutliche Veränderungen der Gelenke nach Art der Osteoarthritis. Solche Erscheinungen vermögen oft durch Hinzutreten septischer Temperaturen (Resorption von Fibrinfermenten) und durch die akuten ersten Veränderungen das Bild der Hämophilie der Diagnose zu verschleiern. Autor wandte bei großem Bluterguß in die Bauchmuskulatur Injektion von 20 ccm Pferdeserum mit Erfolg an. *Mohr* (Berlin).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Hauser, Hans: Die differential-diagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvaccine in der Gynaekologie. (*Großherzogl.-mecklenburg. Univ.-Frauenklin., Rostock.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 2, S. 305—388. 1913.

Verf. gibt zunächst einen Rückblick über die Geschichte der Vaccination und eine eingehende Auseinandersetzung über das Wesen der Opsonine und die bei der Phagocytose sich abspielenden Vorgänge, sowie eine Darlegung des bisher auf dem Gebiet der serologischen und der Vaccinediagnostik Geleisteten. — Zur Diagnosenstellung verwendete Hauser subcutane Injektion (intravenöse ist zu widerraten) von Reiters polyvalenter Gonokokkenvaccine A—10 (1 ccm = 70—100 Mill. Gonokokken) in je nach Lage des Falles wechselnder Dosis, wobei Herd-, Lokal- und Allgemeinerkrankungen streng unterschieden wurden. Die Ergebnisse wurden nachgeprüft durch Gonokokkennachweis und in vielen Fällen durch das anatomische Präparat. Positive Herdreaktion spricht für Gonorrhöe, ebenso ausgesprochene Lokalreaktion und gleichzeitige Allgemeinreaktion. Dauer der Herdreaktion über 24 Stunden spricht für zu starke Dosis und geht mit Vergrößerung der Tumoren einher. Im ganzen wurden 95 Fälle untersucht. 21 sicher gonorrhoische waren positiv, 9 sicher nicht gonorrhoische negativ. Unter den positiven waren 6 akute Fälle ohne nachweisbare Beteiligung des inneren Genitales aber mit heftiger Cystitis, die ebenso wie ein vollkommen abgeschlossener Herd zu bewerten ist. Die übrigen, zur Differentialdiagnose gegen sonstige entzündliche Adnextumoren, Tubargravidität, tuberc. Adnextumoren, kleine Cystome, Perityphl., param. Exsudat inokulierten Fälle ergaben 4,2% absolute Versager, 5,3% fragliche, also unbrauchbare Resultate. Die diagnostische Vaccination ist also ein

sehr brauchbares, aber nicht absolut sicheres Erkennungszeichen. Negativer Ausfall beweist nichts. Reaktion kann verhindert werden durch alte, nicht reaktivierbare Herde, durch Mischinfektionen, durch zu kleine Injektionsdosis. — Entgegen der Ansicht Schriddes, daß die Salpingitis gon. mit absoluter Sicherheit aus dem histologischen Bild zu diagnostizieren sei, konnte H. feststellen, daß in 22 sicher gonorrhoischen Fällen die Schriddeschen Veränderungen vorlagen, daß aber 7 höchst wahrscheinlich nicht gonorrhoische Fälle, die auch negativ reagierten, das gleiche Bild darboten. Es ist also fraglich, ob die Schriddeschen Befunde für Gonorrhöe spezifisch sind.

Behandelt wurden 23 Fälle, beginnend — wenn die Patientin sich nicht in einer durch Autoinokulation hervorgerufenen negativen Phase befand — mit 0,3 ccm Reiter A—10 = 300 Mill. Gon.; in 3—8 Injektionen ansteigend bis auf 0,8—0,3 ccm; in einem Fall 1,0 (Maximaldosis). Nicht vaccinieren bei Fieber und während der Menses. Temperaturanstiege wurden, wenn irgend möglich, vermieden. In fast allen Fällen subjektive Besserung und Hebung des Allgemeinzustandes. Objektiv von 18 Adnextumoren 5 geheilt, 6 gebessert. Alte Adnextumoren ergaben keine oder geringe, jüngere (auch apfelgroße Hydrosalpingen) überraschend gute Resultate. Bei Cervixgonorrhöe (3), Cystitis (1), Bartholinitis (1) guter, bei Arthritis (1) sehr guter und schneller Erfolg. Bindegewebige Veränderungen und Verwachsungen wurden nicht beeinflußt.

Die Vaccinetherapie soll, da keineswegs absolut ungefährlich, nur unter sachkundiger, kritischer Kontrolle und womöglich stationär durchgeführt werden. *Bischoff.*

Squier, J. Bentley: The modern diagnosis and treatment of gynecological and obstetrical patients with syphilis. (Die moderne Diagnose und Behandlung der Syphilis bei gynaekologischen und geburtshilflichen Patienten.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 8, S. 357—359. 1913.

Die Wassermannsche Probe ist nur erfahrenen und verlässigen Biologen, ev. mehreren, zu übergeben. Bei unsicherer Reaktion ist mehrere Wochen zu warten, die sichere ist (bei Fehlen von Lepra und tropischer Frambösie) beweisend. Quecksilberbehandlung und Alkoholismus können das Ergebnis negativ beeinflussen. Durch Salvarsan kann positives Resultat erzielt werden. Wenige Fälle sind positiv bei sicher fehlender Lues. — Die Luetinhautreaktion (Einreiben abgetöteter Spirochäten in die Haut) soll gerade im tertiären Stadium, wo Wassermann oft versagt, wertvoll sein, ist jedoch zu gefährlich. — Hereditäre Lues: Literatur E. Fournier, Marshall. — Therapie: Neosalvarsan übertrifft Salvarsan durch Einfachheit, geringere Menge und Toxizität. Autor empfiehlt die intravenöse Methode, da schmerzloser und sicherer. Frisch destilliertes Wasser ist nötig. Schon vor sekundären Erscheinungen ist zu injizieren, um den Patienten ansteckungsunfähig zu machen. Aufsuchen der Spirochäten im Dunkelfeld ersetzt den noch nicht ausführbaren Wassermann. Dosis: Neosalvarsan gleich 0,6 Salvarsan 3—4 mal in Abstand von 1 Woche, Frauen weniger. Darauf Quecksilber. Kontraindikationen: chronischer Alkoholismus, Myokarditis, Arteriosklerosis, Erkrankungen des Cerebrospinalsystems. *Mohr* (Berlin).

Allgemeines über Geschwülste:

Babcock, W. Wayne: Fetal products in the treatment of carcinoma (Fichera's method). (Fötale Produkte in der Behandlung des Carcinoms [Ficheras Methode].) Internat. clin. Bd. **2**, Ser. 23, S. 81—89. 1913.

Verf. versuchte in 21 Fällen die therapeutische Methode von Fichera, welche in der Verwendung von Autolysaten von menschlichen Föten oder Embryonen besteht und mit welcher Fichera selbst sowohl im Tierexperiment wie beim Menschen sehr günstige Resultate erhielt. Verf. erinnert noch kurz an die biologischen Unterschiede, die zwischen spontanen Mäuse- und Rattentumoren und ähnlichen menschlichen Tumoren bestehen. Ferner erwähnt er, daß menschliche Tumoren sehr oft Perioden haben, in denen sie entweder gar nicht wachsen oder auch sich rückbilden und daß eine solche Periode die Beurteilung des therapeutischen Effektes selbst bei Unparteiischen zugunsten der Therapie täuschen kann. Die Vascularisation und die Vitalität der malignen Neoplasmen prädisponiert sie gerade zur Involution und Nekrose und besonders zur zentralen Ulceration. Verf. injizierte von Autolysaten nach Fichera subcutan oder intratumoral 2—6 ccm in zweitägigen oder auch längeren Intervallen. Es wurden nur inoperable oder rezidivierte Fälle nach der Methode behandelt. Er konnte in vielen Fällen eine subjektive Besserung konstatieren. Ein Fall endete letal, wahrscheinlich durch Anaphylaxie, und deshalb meint

Verf., die Methode wäre nicht gefahrlos und man müsse bei den Einspritzungen die größte Vorsicht verwenden. Verf. kommt zu der Schlußfolgerung, daß die homogenen Emulsionen oder Autolysate von menschlichen Embryonen bei seinen Versuchen ohne jeden Einfluß auf menschliche Tumoren waren. Die behandelten 26 Fälle werden kurz mitgeteilt. *Szécsi.*[CH]

Braunstein, A., Chemotherapeutische Versuche an Krebskranken mittels Selenjodmethylenblau. (*Neues Katharinen-Krankenh. a. d. Univ. Moskau.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 24, S. 1102—1104. 1913.

Verf. berichtet über günstige Erfolge bei der Behandlung von Krebskranken mit einer Kombinationstherapie. Diese besteht in der intravenösen Einspritzung von kolloidalem Selen und in der gleichzeitigen Anwendung (per os oder per rectum) von Jodmethylenblau. Das kolloidale Selen wird in der Form, wie es von Clin (Paris) in den Handel gebracht wird, verwandt und zwar wegen seiner Eigenschaft die Autolyse zu fördern. Verf. wollte nun das Selen analog den Versuchen von Wassermann-Keysser und Werner-Szécsi mit ungiftigen, aber leicht diffundierbaren Substanzen kombinieren und wählte zu diesem Zweck das Methylenblau, welches, wie die früheren Versuche Ehrlichs zeigten, in hohen Dosen ungiftig ist und sehr leicht diffundiert. Da nun auch das Jod eine Affinität zu den Krebszellen besitzt, wollte Verf. auch noch diese Komponente zu den beiden anderen gesellen und gab zuerst ein Gemisch von Methylenblau 0,1 + Jodalbin 0,36 in Kapseln zweimal pro die, verwandte aber später das von der Gr. v. Linden eingeführte Cuprum-Jodmethylenblau. Verf. hat mit seinem Verfahren 13 Carcinome und 5 Sarkome behandelt und konnte bei allen diesen nur einen teilweisen, in einigen Fällen nur temporären Erfolg konstatieren, doch erklärt er das dadurch, daß alle behandelten Fälle inoperabel und weit fortgeschritten waren. Bei initialen Fällen glaubt Verf. bessere Resultate erzielen zu können und empfiehlt die Therapie auch zur Nachbehandlung als Präventivkur gegen Rezidive bei Operationen. Die Erfolge der Behandlung mit Selen und Jodmethylenblau (nicht Selenjodmethylenblau wie im Titel angegeben wird) lassen sich resümieren als eine Verringerung, bzw. ein Schwinden der Schmerzen, Besserung des Allgemeinzustandes und in vielen Fällen auch eine Zunahme des Körpergewichts. Die Geschwülste wurden kleiner, beweglicher, die Lymphdrüsen verringerten sich. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).[CH]

Nowell, Howard W.: An etiological factor in carcinoma and its possible influence on treatment. (Ein ursächlicher Faktor beim Carcinom und sein möglicher Einfluß bei der Behandlung.) Boston med. a. surg. journal Bd. **168**, Nr. 23, S. 838—842. 1913.

Durch ein sehr kompliziertes Verfahren (mehrfaches Kochen und Extraktion mit Äther und Alkohol, sowie mehrfaches Eindämpfen) konnte Verf. aus Tumoren eine krystallinische Substanz isolieren, deren chemische Konstitution er aber noch nicht genau kennt. Er untersuchte nun die physiologische Wirkung dieser Substanz bei Kaninchen und Meerschweinchen und konnte eine ziemlich hohe Toxizität derselben feststellen; wichtiger ist aber, daß Verf. durch Injektion dieser Substanz in normales Gewebe eine Wucherung erzielen konnte, die dem Originaltumor ähnlich war. Die mit subletalen Dosen gespritzten Tiere wurden alle kachektisch und bei der Sektion zeigten sie alle zahlreiche Metastasen und das uniforme Bild einer allgemeinen miliaren Carcinomatosis. Verf. schließt aus diesen Versuchen, daß Carcinome eine Substanz enthalten, die man isolieren kann, und wenn man diese isolierte Substanz in gesundes Gewebe injiziert, diese dort eine Veränderung hervorruft, die von der chemischen Natur der betr. Substanz abhängig ist. Er versuchte nun einen Antikörper gegen diese Substanz zu produzieren. Er konnte durch wiederholte Einspritzung kleiner Dosen der erwähnten Substanz Kaninchen immunisieren. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).[CH]

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Maxwell, Richard Drummond: Gynaecological emergencies. (Dringende Fälle in der Gynaekologie.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 3, S. 314—334. 1913.

I. Extrauterine Schwangerschaft, entstanden in Ovarium, auf Peritoneum, Netz,

in Tube, rudimentärem Uterushorn ohne Verbindung mit dem unteren Geschlechtstrakt oder im uterinen Interstitium der Tube. Die tubare Form ist nicht Folge einer pathologischen Tube, sondern eines anormalen Ovum, dessen vorzeitig stark entwickeltes Chorion Implantation schon in der Tube bedingt. Schwangere menschliche Tuben zeigen manchmal deziduaähnliche Formen der Stromazellen ihres interstitiellen Bindegewebes. Autor sieht in der Deziduawucherung selbst eine Schutzmaßregel gegen zu starke Arrosion des Chorion, und einen Ernährungsfaktor für das ja nur mit dem Deutoroplasma des Dottarsackes versehene Ei vor Bildung des villösen Epithels. Eiimplantation am uterinen Ende der Tube endet gewöhnlich mit Ruptur, die am ampullären mit Tubarabort. Die starken Blutungen erhellen aus der antikoagulierenden Wirkung des Trophoblasts (sonst würden alle Zotten bald mit mütterlichen Blutgerinnseln bedeckt sein) und den reichen Gefäßanastomosen am Uterushorn (A. uterine und A. ovarica). Bei jedem Abortverdacht auch an extrauterine Gravidität denken! Therapie: Sofortige Stillung der Blutung! Jodanstrich der Haut! Nicht langes Entleeren von Blutgerinnseln aus der oberen Bauchhöhle! Bei Stillstand der Blutung nach Tubarabort nur vaginale Incision des Douglashämatoms! Womöglich jedes Ovarium erhalten! — Besonders zu beachten sind die Fälle mit schleichenden, schubweisen Erscheinungen! — II. Akute Stieldrehung bei Ovarialcysten. Da gewöhnlich kleinere Cysten betroffen, sind diese häufig unentdeckt. Prädisponierend wirken Schwangerschaft (Verlängerung und Verdünnung des Stiels) und Wochenbett (Verminderung des abdominalen Druckes, und Erschlaffung der Bauchwände). Auf vorübergegangene Torsionen weist der Blutgehalt im Stiel anscheinend nie gedrehter Cysten hin. Auf die Stieldrehung folgt Hemmung des venösen Rückflusses, Austritt von Blut in Wände und Höhle der Cysten, plastische Peritonitis mit Adhäsionen. Letztere verhindern durch Blutzufuhr von den Därmen Nekrose der Cystenwände, leiten andererseits aber Infektion von Darm auf Cystenwand über. Die Erscheinungen sind die der Peritonitis. Genaues Abtasten der Cyste ist zur Indikationsstellung der Operation nicht nötig, die, frühzeitig ausgeführt, Infektion und stärkere Adhäsionsbildung hindert. Technik: 1. Bei mit der Bauchwand verwachsenen Cysten die Cystenwand isolieren, um nicht parietales Peritoneum zu verletzen! 2. Ruptur vermeiden! 3. Langsames, stetiges Abschnüren des oft nekrotischen Stieles! Auch bei Thrombose Gefäßversorgung! — Fall von verjauchter, mit Bauchwand verwachsener Cyste mit Toxämie. Incision und Drainage, nach 3 Wochen Exstirpation der Cyste. Heilung. — III. Akute Tubeninfektion mit Perimetritis. Ursachen: Infektion nach Partus, häufiger Abortus, oder Aufsteigen von Gonokokken. Bei letzterem erklärt sich die lange Pause zwischen Infektion und schweren Erscheinungen mit der Tatsache, daß erst die Erkrankung der Tube die heftigen Erscheinungen auslöst. Die Becken-Perimetritis hat konservativen Charakter durch ihre lokalisierende Wirkung, die in den ersten Tagen fühlbare weiche Masse im Becken ist Folge von Zellgewebsentzündung, Organisation von Lymphe und serösen Exsudaten, dazu kommt Verklebung der Därme und des Netzes. Nach 3—4 Tagen zeigt die ganze Masse eine nach oben verschwommene Abgrenzung (entgegengesetzt der Parametritis). Nach 14 Tagen bleibt nur die Erscheinung des sog. Gipsbecken, das Ergebnis der organisierten Exsudation. Therapie: Konservativ, nur wenn Exsudat, Eitererguß, die adhärente Tube den Douglas vorwölben, Incision bei Fehlen der Lokalisation, Entfernung der Infektionsquelle und Drainage. Autor zieht schon aus psychologischen Gründen (Menopause!) Drainage stets der Radikaloperation der Adnexe vor. *Mohr* (Berlin).

Doran, Alban: Mursinna, Osiander, Weissbrod. A study of forceps. (Mursinna, Osiander, Weißbrot. Eine Studie über die Zange.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **24**, Nr. **1**, S. **1—11. 1913.**

Historische Forschungen über diese drei Väter der Zange und Zangenkunst; zu näherem Referate nicht geeignet. *Hofstätter* (Wien).

Sudhoff, Karl: Antike Votivgaben, die weiblichen Genitalorgane darstellend. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 2, S. 185—199. 1913.

Die mit zwanzig guten Abbildungen geschmückte Abhandlung gibt eine kurze Übersicht antiker Votivgaben (Griechen, Römer, Etrusker), welche sich den analogen Kapiteln über das gleiche Thema bei den Naturvölkern in dem bekannten Buch von Ploß-Bartels anreiht. In Marmor, noch häufiger in Terracotta werden Brüste, Brustwarzen, ein ganzer Unterleib mit oder ohne Rima pudendi, der Mons Veneris, der Uterus und schließlich eine Placenta dargestellt. Nach Verf. wurden die Brüste seltener zum Erflehen der ersehnten Nachkommenschaft als zur Beihilfe bei Mastitis u. dgl. dem heilspendenden Tempel geweiht. Sudhoff tritt der von Rouquette u. a. verfochtenen Tendenz entgegen, welche in diesen Votivbildern Darstellungen gynaekologischer Krankheitsbilder erkennen wollen. Es sind primitive, mehr oder weniger unbeholfene Nachbildungen von Laien, die auf eine Stufe mit den aus Wachs geformten Händen und Füßen der Antoniuskapellen des fünfzehnten Jahrhunderts zu setzen sind. Nur ausnahmsweise dürfte die pathologische Tendenz zutreffend sein, so bei einer entzündeten Brustwarze, welche von anderen (Stieda) für eine krankhaft veränderte Glans penis angesehen wird. Die Gebärmutter wird als ein etwas schlaffer Sack mit sechs bis acht Querwulstungen und Falten dargestellt, am unteren Ende mit einer oft schwer zu deutenden Anlage der äußeren Genitalien. In späteren Darstellungen werden diese Querwülste zu wunderlichen Ornamenten stilisiert. Zuweilen findet sich ein kleinerer Nebenkörper, der als Uterus duplex oder als Ovarium gedeutet wurde. Mit Stieda sieht S. darin die leichtgefüllte Harnblase. Dafür spricht, daß an den stilisierten Uteri, die wie ein Akanthusblatt anmuten, dieser Nebenkörper nicht seitlich, sondern median als keulenförmiges Gebilde aufsitzt. Ob die altitalische Placenta wegen drohender Placentaretention oder als Dank für die erfolgte Ausstoßung den Göttern dargebracht wurde, läßt Verf. dahingestellt. *C. H. Stratz.*

Uterus:

Gynaekologie.

Kalledey, Ludwig: Zur Frage der Äthiologie und Organtherapie der uterinalen Blutungen. (*I. Univ.-Frauenklin. Budapest.*) Orvosi Hetilop. Jg. **57**, Nr. 30. S. 554. 1913. (Ungarisch.)

Verf. referiert über seine organotherapeutischen Versuche zur Heilung der Dysmenorrhöe und der öfteren und stärkeren Blutungen. Bei Dysmenorrhöe wendet er Ovariumpräparate an, bei stärkeren und öfteren Blutungen hingegen Hypophysispräparate und Corpus luteum-Extrakte. Die letzteren haben besonders bei intermenstruellen Blutungen guten Erfolg. Verf. verwendete diese Mittel intravenös und daneben manchmal in Pillen. Gute Erfolge. Selbst Gravidität trat bei einigen, früher sterilen, an Dysmenorrhöe leidenden Frauen ein. *Frigyesi* (Budapest).

Barry, C. C.: A large uterine fibroid. (Großes Uterusfibrom.) Indian med. gaz. Bd. **48**, Nr. **8**, S. 310—311. 1913.

44jährige Birmesin. 1 Partus vor 21 Jahren. Menses seit 3 Monaten jedesmal 8 Tage, in großer Stärke. Knotiger, teilweise cystischer Tumor im Abdomen, der den Uterus einschließt. Vor 18 J. kleiner Knollen über der Symphyse zu fühlen. Keine Schmerzen, nur Beschwerden durch das Gewicht des Tumors. Nabelumfang 120 cm. Supravaginale Hysterektomie. Gewicht des Tumors 15 kg.

Autor vermeidet bei erschöpften Patienten die aufrechte (Fowlersche) Lagerung nach Entfernung so großer Tumoren, da die Bauchwände erschlafft sind und daher die Eingeweide stark vorfallen. Fälle von Verblutung eines Patienten in sein eigenes Pfortadersystem. *Mohr* (Berlin).

Freund, Hermann: Über partielle Myomoperationen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 36, S. 1722—1723. 1913.

Die konservativen Myomoperationen sind, namentlich bei Frauen im geschlechts-

reifen Alter, der Röntgenbehandlung vorzuziehen. Die letztere eignet sich nur für bestimmte Fälle, außerdem müssen erst die Dauererfolge abgewartet werden. — Die Enukleation eines oder mehrerer Myomknoten erscheint nicht immer ausreichend. Deshalb macht Verf. in Fällen, wo nicht der ganze Uterus geopfert werden muß, die „totale keilförmige Myomektomie im Bereich des ganzen Fundus und corpus uteri". Die Vorteile dieser Operation bestehen in Erhaltung der Adnexe und eines funktionsfähigen Uterus, Möglichkeit, den ganzen Uterus zu inspizieren, hypertrophische Partien desselben zu beseitigen und bessere Wundverhältnisse zu schaffen. Beschreibung der Technik dieser Operation. Der restierende Uterus unterscheidet sich an Form, Größe und Konsistenz kaum von einem normalen. Die Menstruation erfolgt regelmäßig und nicht mehr profus. — Viel seltener wendet Verf. eine andere partielle Myomoperation an, das „Abkappen des Fundus". Beschreibung eines solchen mit Erfolg operierten Falles. — Bei kleineren Tumoren kann man diese Operationen auch auf vaginalem Wege nach vorderer Kolpotomie ausführen (Vaginale Amputatio supravaginalis des Verf.). — Die mit diesen Methoden erzielten primären und Dauerresultate (bei über 3jähriger Beobachtungszeit) waren vollkommen befriedigend. *Schindler* (Graz).

Dartigues, Louis: Technique opératorie de la fibromyectomie transvaginale conservatrice par colpotomie antérieure. (Operationstechnik der transvaginalen konservativen Fibromektomie durch Colpotomia anterior.) Gaz. des hôp. Jg. **86,** Nr. 99, S. 1557—1560. 1913.

Dartigues beschreibt eine Methode, um kleine subperitoneale oder gestielte Myome auf vaginellem Wege zu entfernen. Im Gegensatz zu Mackenrodt, Martin und Doederlein eröffnet er die Scheide nicht durch einen Längsschnitt, sondern durch einen halbkreisformigen Schnitt und glaubt durch seine Methode weniger der Gefahr von Blasenverletzungen ausgesetzt zu sein. Die Lostrennung der Myome selbst geschieht nach bekannter Weise. *Hauser.*

Shaw, W. Fletcher: Haemorrhages into an angiomatous fibromyoma of the uterus and atheroma of the uterin arteries. (Blutungen in einem angiomatösen Fibromyom des Uterus und Atheromatose der Arteriae uterinae.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **24,** Nr. 1, S. 22—23. 1913.

Verf. gibt Abbildungen und Beschreibung eines durch Operation gewonnenen Präparates.

Auf dem Durchschnitt durch den Tumor zeigen sich um einen weißen Thrombus als Kern 3 konzentrische Schichten: frischrotes Blut, fibromyomatöses Gewebe, normales Uterusgewebe (von innen nach außen). Mikroskopisch sieht man im mittleren Ring zahlreiche dünnwandige Gefäßhohlräume, im inneren Ring außer dem Blut nur noch Balken von myomatösem Gewebe, die in dem Kern dann auch fehlen.

Er erklärt danach den Bau des Tumors, sich stützend auf gleichzeitig bestehende starke Atheromatose der sehr verdickten Arteriae uterinae, folgendermaßen: In dem schon lange bestehenden Tumor fand im Zentrum früher eine Degeneration mit Blutung unter nicht hohem Druck statt (jetzt weißer Thrombus). Infolge allgemeiner Arterienerkrankung kam es in jüngster Zeit zu akuter Blutung bei jetzt hohem Druck. So entstand der rote Ring um den Kern, der Tumor wurde gedehnt und machte jetzt die Beschwerden, die zur Operation führten. *Schmidt* (Greifswald).

Leonard, Veader Newton: On the development of malignant disease of the cervical stump after supravaginal hysterectomy. (Über die maligne Degeneration des Cervixstumpfes nach supravaginaler Amputation.) (*Gynaecol. clin., Johns Hopkins hosp., Baltimore.*) Ann. of surgery Bd. **58,** Nr. 3, S. 373 bis 383. 1913.

Zwei Fälle von Carzinom des Cervixstumpfes nach supravaginalen Amputationen. Im ersten Falle war 18 Jahre vorher wegen eines linkseitigen Tuboovarialabscesses die supravaginale Amputation gemacht worden. Jetzt wurde die carcinomatöse Cervix nach Wertheim entfernt. Heilung. Die zweite Pat. hatte wegen doppelseitiger Eierstockscysten mit zahlreichen Adhäsionen die supravaginale Amputation überstanden. 4 Jahre nachher Fungus des Stumpfes. Abdominale Operation. Tod am 16. Tage.

Es folgt dann eine statistische Zusammenstellung ähnlicher Fälle aus der Literatur, aus der hervorgeht, daß hauptsächlich nach Myomotomien (in 3% sämtlicher Myomoto-

men) die Entstehung eines Stumpfcarcinoms zu befürchten ist. Er rät daher nach Kelly und Bland Sutton in solchen Fällen den Cervixstumpf nach der supravaginalen Amputation zu spalten, genau anzusehen und die Schleimhaut bis tief in die Vagina zu excidieren. *Klein* (Straßburg i. E.).

Loomis, Frederic M.: Carcinoma of the uterus treated by the Percy Cautery method, with autopsy. (Uteruskrebs, mit Kauterisation nach Percy behandelt. Sektion.) Physician a. surg. Bd. **35**, Nr. 8, S. 350—352. 1913.

Inoperabler Cervixkrebs. Durch eine mediane Incision oberhalb der Symphyse Einführung eines Proktoskops und durch diesen hindurch Kauterisation der krebsigen Induration. Exitus nach 4 Monaten. Die Sektion ergab, daß ein Rezidiv des Carcinoms beinahe völlig fehlte. *Klein* (Straßburg i. Elsaß).

Costantini, Paolo: Un caso raro di sarcomatosi totale dell'utero. (Ein seltener Fall von allgemeiner Sarkomatose des Uterus.) (*Osp. mag. di Vercelli.*) Clin. chirurg. Jg. **21**, Nr. 7, S. 1537—1547. 1913.

Bei einer 15jährigen Virgo wurde nach unregelmäßigen Blutungen ein kindskopfgroßer, brüchiger, blutender Tumor spontan bis vor die Vulva geboren. Er hing gestielt rechts vom Cervicalkanale herab und wurde durch einen Scherenschlag abgetragen und als banaler fibröser Polyp angesehen, daher nicht weiter untersucht. Der Muttermund war erweitert, die Schleimhaut der Cervix glatt, der Uterus selbst, was Größe, Form und Lage betraf, normal. Bereits nach 2 Monaten hatte sich an derselben Stelle ein ebensolcher polypöser, gestielter, eigroßer, blumenkohlartiger Tumor entwickelt. Bei Abtragung desselben in Narkose wurde die Uterushöhle abgetastet; sie erwies sich gefüllt mit gleichartigen polypösen, gestielten und breit aufsitzenden Vegetationen, welche mittels Finger und Raclage abgetragen wurden. Mikroskopisch wurde Sarkom festgestellt. Eine radikale Hysterektomie wurde anfangs verweigert; aber bereits nach 2 weiteren Monaten stellten sich neuerdings Blutungen ein; ein neuer eigroßer Tumor war da; der Uterus war faustgroß geworden und war voll von neuen Wucherungen. Zur Radikaloperation wurde eingewilligt — vaginale Totalexstirpation — glatter Verlauf. (Was später mit der Patientin geschehen ist, erfährt man nicht!) Am Präparate fand man die Muskularis bis auf 1 cm gut erhalten, das übrige war zu einer lappigen polypös-traubigen Neubildung degeneriert. Es wurde festgestellt, daß es sich um gemischtzelliges, vorwiegend spindelzelliges Sarkom, ausgehend vom Bindegewebe der Schleimhaut, gehandelt hatte. *Gattorno.*

West, T. Marshall: Reflex vomiting and uterine displacement, a clinical study. (Reflektorisches Erbrechen und Vorlagerung der Gebärmutter, eine klinische Studie.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18**, Nr. 9, S. 226—229. 1913.

Langjährige Magenstörungen bei 34jähriger Frau in Form von Appetitlosigkeit und Erbrechen nach den Mahlzeiten. Allgemeiner Mangel an Tonus der Gewebe, Gastroptose; Cervix geschwollen und erodiert, Uterus retroflektiert, groß, seine Ligg. schlaff. Allgemeinbehandlung und Behandlung des Magens erfolglos. Nach Operation am Genitale vollständige Heilung bis auf ein kurzes Rezidiv. Die Operation bestand in Curettage, Lagekorrektur des Uterus nach Webster-Baldy, Appendektomie. *Mathes* (Graz).

Friedman, Louis: A self-retaining retractor for use in perineorrhaphy. (Ein selbsthaltender Retractor für Dammnähte.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 1, S. 119. 1913.

Je 2 kugelzangenartige Branchen durch ein Scharnier verbunden, können durch Drehung an einer am Scharnier befindlichen Schraube beliebig gespreizt werden. Sie sind nach abwärts gebogen, daher dem Operateur nicht hinderlich; die Kugelzange jede Branche wird am Introitus eingehakt. Das Instrument erspart 2 Assistentenhände und kann sowohl bei Plastiken als bei der Naht von Geburtsverletzungen von Damm und Vagina verwendet werden. *Mathes* (Graz).

Hewit, Walter R.: A new pessary. (Ein neues Pessar.) Interstate med. journal Bd. **20**, Nr. 8, S. 740—742. 1913.

Es besteht aus 3 kreisrunden, aufeinander gesetzten, innen hohlen Hartgummipessaren, die nach oben zu kleiner werden, so daß der breiteste Teil des Pessars, das die ganze Scheide ausfüllt, hinter die Harnröhre zu liegen kommt. Sekretabfluß findet durch die Lichtung in der Mitte statt. Die Patientin soll von dem Pessar weder Beschwerden haben, noch überhaupt etwas wahrnehmen. Anwendung besonders bei alten Frauen bei Unmöglichkeit zu operieren als Palliativmaßnahme. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Nikolskij, A.: Über die Unterbindung der Arteriae hypogastricae. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 270—282. 1913.

Die Unterbindung der Arteriae hypogastricae wurde von Tichow und Grammatikati bisher an über 100 Fällen der Tomsker Kliniken ausgeführt; die Genannten kommen auf Grund ihrer reichen Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: Die Unterbindung

der Art. hypog. ist technisch leicht und befriedigend ausführbar. Sie wirkt sicher blutstillend bei Operationen im kleinen Becken. Sie kann als ein vorbereitender Akt bei einer Reihe von Operationen im kleinen Becken, speziell in der weiblichen Genitalsphäre (Uteruscarcinom, Salpingooophoritis, Cystoma papillare) angesehen werden und zeigt keine merkliche Beeinflussung der Ernährung des Rectums und der Harnblase. Dank dieser Methode gelang es, vielfach unter Transplantation der Ureteren ins Rectum, der Resektion der ganzen Harnblase und unter Umständen des unteren Abschnittes des Rectums, die Operationsmöglichkeit des Uteruscarcinoms auf 77% zu erhöhen bei einer Sterblichkeit von 31%.

Der Gang der Operation bei vernachlässigtem Uteruscarcinom gestaltet sich demnach folgendermaßen: Unterbindung beider Arteriae hypogastricae, Ablösung der Harnblase, Durchtrennung der Ureteren und Separierung des parametralen und paravesicalen Gewebes, Entfernung des Uterus, der Harnblase und des oberen Teiles der Vagina, Transplantation der Ureteren, Peritonisierung der Wundoberfläche, Tamponade, Schließung der Bauchhöhle. Die ganze Operation verläuft mit geringem Blutverluste; nur mitunter kommt es zu Blutungen aus den Arteriae uterinae infolge Anastomosenbildungen mit den Arteriae iliolumbales.

Die Ungefährlichkeit der Unterbindung der Art. hypog. für das kleine Becken und insbesondere für das Rectum wurde durch rein anatomische und anatomisch-röntgenographische Untersuchungsmethoden erwiesen; sie ergaben reichliche Anastomosenbildung zwischen den Arteriae haemorrhoidalis media, inferior und superior, welch letztere aus der Arteria mesenterica inferior entspringt. *Sieber* (Danzig).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Öhman, K. H.: Über Ovarialblutungen und Ovarialhämatom. (*Gynaekol. Univ.-Klin., Helsingfors.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 3, S. 283 bis 295. 1913.

Auf das Ovar zurückzuführende Intraperitonealblutungen, unter einem der Extrauteringravidität ähnlichen Bilde, sind bereits vielfach beschrieben. Als Ursachen werden in der Literatur angeführt: Ovulation, Menstruation (Corp. lut., hydrop. Follikel), Stieldrehung, Operationen, Pessarbehandlung, Repositionsversuche, bei Neugeborenen schwere Geburt, Herz-, Leber-, Blutkrankheiten, Scharlach, Diphtherie, Typhus, Cholera, Febr. recurrens, Lues, Gonorrhöe, Skorbut, Osteomalacie, Peritonitis sept., Oophoritis, Myome.

Von 6 selbstbeobachteten Fällen kamen 2 unter der Diagnose Extrauteringravidität, 1 als Myom, 1 als unsichere Diagnose, 1 als Ovarialtumor und 1 als Appendic. chronic. zur Operation.

Die richtige Diagnose ist meist erst bei der Operation zu stellen. Die Symptome gleichen oft denen der Extrauteringravidität, doch sind die Menses meist regelmäßig, aber stärker als vorher. Verf. teilt die Fälle ein in 1. Blutung in die Follikel und deren Umgebung, auch ins Ovarialstroma, ohne begrenzte Blutung im Ovar. 2. Eigentliche, aus 1 entstehende Ovarialhämatome, direkt auf Ovarialgewebe begrenzt, im Innern des Ovars. 3. Blutung in Corpora lutea, wobei sich immer Luteinzellen finden. — Für die Ätiologie geben die Fälle keine weitere Klärung. Therapie: Operation. Konservative Behandlung dauert zu lange und ist quoad Nachblutungen unsicher. *v. Willmann.*

Kaiser, K. F. L.: Einfluß der Atmungsbewegungen auf die Bewegung des Blutes in den Beckenvenen. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap. Bd. **17,** H. 9, S. 538—545. 1913.

Für die Blutbewegung in den Beckenvenen ist die durch die Atembewegungen hervorgerufene Zu- und Abnahme des Bauchdruckes von größerem Einfluß als die Muskelkontraktion der unteren Extremitäten und des Gesäßes. Es gibt ganz verschiedene Atemtypen; manche Individuen begünstigen durch ihre Atmung das Abfließen des Blutes aus den Beckenorganen, andere aus den unteren Extremitäten, wieder andere besitzen einen Atmungstyp, bei dem keinerlei Zirkulation gefördert wird. Ein weiteres Studium dieser Verhältnisse wäre für Gynaekologen und Operateure von großer Wichtigkeit. *Ehrenberg* (Berlin).

Alglave, P.: Volumineux kyste hydatique de la base du ligament large gauche. Extirpation intégrale, guérison. (Echinokokkencyste der Basis des linken breiten Mutterbandes. Vollkommene Exstirpation. Heilung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 24, S. 1018—1025. 1913.

Die 25 jährige Patientin bemerkte vor 3 Jahren einen Tumor im Abdomen, der unter zunehmenden Schmerzen in der Folgezeit erheblich sich vergrößerte. Auftreten von Blasenbeschwerden. Bei der Aufnahme füllte ein fluktuierender Tumor das Becken aus und reichte bis zum Nabel. Operation in der Annahme einer paraovarialen Cyste. Man findet eine mannskopfgroße, innig verwachsene, ins kleine Becken reichende und mit dem linken Ligamentum latum verlötete Cyste, die nach Eröffnung und Entleerung von Flüssigkeit und Tochterblasen vollständig exstirpiert wird; eine zweite, erheblich kleinere Cyste, welche dem rechten Ligamentum latum angeheftet war, wird ebenfalls exstirpiert. Drainage des Douglas. Heilung. *de Ahna.*CH

Bauchorgane:

Crile, George W.: The relation between the blood pressure and the prognosis in abdominal operations. (Die Beziehung zwischen Blutdruck und Prognose bei Bauchoperationen). (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 309 bis 313. 1913.

Vorhandene Blutdrucksteigerung verschlechtert die Prognose von Bauchoperationen wegen der häufig folgenden Embolien, Thrombosen, Niereninsuffizienz, Störungen der Kreislauf- und Atmungsorgane. Es ist deshalb zu raten, vor einer Operation die Blutdrucksteigerung mit Nitroglycerin, fleischfreier Diät und Ruhe zu beheben. Die Ursache der großen Gefahren einer Operation bei Patienten mit gesteigertem Blutdruck liegt darin, daß durch die Aufregung und Angst allein, wie Cannon experimentell an Katzen nachwies, eine gesteigerte Abgabe von Adrenalin ins Blut, desgleichen gesteigerte Sekretion aller innersekretorischen Drüsen, insbesondere von Thyreoidea und Hypophysis, endlich auch eine Steigerung des Glykogengehaltes des Blutes eintritt. Crile bestätigt diese Versuchsergebnisse und konnte weiter experimentell nachweisen, daß Aufregung das Gehirn in gleichem Maße schädigt wie mechanische Traumen. Bemerkenswert ist, daß die gesteigerte Sekretion von Adrenalin unterbleibt nach Durchschneidung der Nebennierennerven. Durch das infolge des Operationsshocks in gesteigertem Maße ins Blut gelangende Adrenalin wird der Blutdruck noch weiter gesteigert und die Glykogenabgabe durch die Leber erhöht. Mechanische Traumen mit Ausschaltung des psychischen Shocks hatten im Experiment keine Adrenalin- und Glykogenvermehrung zur Folge, jedoch werden auch bei Ausschaltung des Bewußtseins mittels Narkose die Reize des lokalen Traumas nach dem Gehirn geleitet, dessen Zellen dadurch geschädigt werden je nach der Größe und Dauer dieser traumatischen Reize.

Auf Grund dieser klinischen und experimentellen Erfahrungen wendet Crile bei Laparotomien folgendes Verfahren zur Ausschaltung aller psychischen und traumatischen Reize an: 1 Stunde vor der Operation Injektion von Morphium-Scopolamin, Stickoxydulnarkose im Krankenzimmer beginnend. Die Operation selbst wird dann an dem narkotisierten Patienten unter peinlichster Lokalanästhesie ausgeführt (Novocainlösung für Bauchdecken, fürs Peritoneum und die Visceralorgane eine $^1/_2$ proz. Lösung von Chinin mit salzsaurem Harnstoff; diese Anästhesierung dauert auch nach der Operation noch an und vermindert so den postoperativen Shock). C. berichtet auf Grund von mehr als 4000 Operationen, daß durch diese absolute Fernhaltung aller psychischen und traumatischen Insulte postoperative Pulssteigerung, Schmerzen, Übelkeit und Erschöpfung fast stets vermieden wurden. Unter 4401 wahllosen Laparotomien hat er eine Mortalität von 1,6%. *Albrecht* (München).

Ssobolew, L. W.: Zur Diagnostik der Bauchgeschwülste. Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **13**, H. 2, S. 344—346. 1913.

In einem Falle von multiplen Geschwülsten in der Oberbauchgegend verbunden mit hochgradigem Ascites, wurde neben der Flüssigkeit durch eine Punktion eine Menge eigenartiger opalescierender Kügelchen entleert, die zunächst für Scolices gehalten wurden, sich aber bei genauerer Untersuchung als frei gewordene, in der Ascitesflüssigkeit frei schwimmende Partikelchen einer Geschwulst entpuppten, und zwar eines Gallertkrebses (wahrscheinlich des Magens); eine sichere Diagnose eines Magencarcinoms konnte jedoch nicht gestellt werden

durch die üblichen klinischen Untersuchungsmethoden. Leider auch kam es infolge vorzeitigen Fortgehens des Patienten aus dem Krankenhause nicht zu einer Autopsie. Veröffentlichung dieser nicht vollständigen Beobachtung, da noch keine ähnliche gemacht. *Knoke.*CH

Carothers, Robert: Intestinal ptosis producing intestinal stasis from the orthopedic viewpoint. (Intestinalstasis als Folge von Intestinalptosis vom Standpunkt des Orthopäden.) Lancet clin. Bd. **109**, Nr. 24, S. 654—656. 1913.

Carothers faßt die Ptosis der Eingeweide als einen Teil der durch den aufrechten Gang des Menschen bedingten Erscheinungen auf, er setzt sie in Parallele zu den Plattfüßen und anderen dem Orthopäden häufig vorkommenden Veränderungen des Knochen- und Bändersystems. Er entwirft ein typisches Bild der in Frage kommenden Erscheinungen bei einem Mädchen von 8 bis 24 Jahren. Wichtig ist die Prophylaxe in Ernährung und Kleidung. Als Behandlung tut in vielen Fällen Bettruhe gute Dienste, da in Rückenlage die verlagerten Organe ihre normale Stellung wieder einnehmen; nebenher gute Nahrung, Massage, Regelung der Verdauung, Leibbinde. Tritt keine Besserung ein, so ist operative Behandlung am Platze. *Mac Lean* (Wurzen).

Hock, A.: Über paravesicale chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwülste. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 5, S. 453—458. 1913.

Schlofferscher Tumor (nach einer Bassinioperation vor 2 Jahren), mit Beteiligung der Blase. Cystoskopisch finden sich traubige und kugelige Excrescenzen, blasenpapillomähnlich, in einem über walnußgroßen Bezirk der Vorder- und linken Seitenwand der Blase, dazwischen ein Fremdkörper (Seidenfaden?). Die papillären Veränderungen sind als bullöses Ödem zu deuten, das häufig entzündliche Vorgänge in der Umgebung der Blase begleitet. Alle Erscheinungen, der paravesicale Tumor, die cystitischen Beschwerden, schwanden nach Incision der Geschwulst, in der sich Eiter fand. *Frangenheim* (Köln).CH

Natrig, Harald: Implantationscyste in der Bauchwand. (Forh. kir. Forening, Kristiania 1912, S. 57.) Norsk. Magaz. für Laegewidenskaben Jg. **74**, H. 2. 1913.

34jährige Frau wurde 1900 wegen linksseitigen Ovarialtumors operiert. Medianschnitt bis zum Nabel. Einige Monate später bemerkte sie wieder Spannung und Größerwerden des Abdomens. 1912 kam sie wieder zur Operation. Eine mannskopfgroße, einwandige Cyste in der rechten Seite der Bauchwand wurde ausgeschält. Die Cyste hatte sich präperitoneal entwickelt rechts oben von der alten Narbe und diese nach links nicht überschritten. Sie war locker angehaftet, ohne Stiel, und deshalb leicht zu entfernen. Der Inhalt war gallertartig, bräunlich. Mikroskopisch zeigte sie Übereinstimmung mit den einkammerigen Ovarialcystomen. Die Patientin hat 4 mal zwischen den beiden Operationen und 1 mal nach der letzten spontan geboren. Befindet sich wohl. Implantation von gutartigem Ovarialcystom muß demnach als sichergestellt angesehen werden. *Horn* (Kristiania).

Göbell, Rudolf: Verbesserung der Lotheissen-Föderlschen Radikaloperation der Schenkelhernien durch Anwendung der freien Aponeurosentransplantation. (*Anscharkrankenh. u. chirurg. Univ.-Poliklin., Kiel.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 32, S. 1255—1257. 1913.

Verf. näht bei der Radikaloperation der Schenkelhernien den M. obliquus internus nicht mehr nach dem Lotheissen-Föderlschen Verfahren an den horizontalen Schambeinast an, sondern zieht denselben durch einen etwa 10 cm langen, 2 cm breiten, freien Streifen aus der Hypneurose des M. obliquus externus, den er mit einer Kornzange unter der Fascia pectinea und dem Periost der Pecten ossis pubis 2 cm oberhalb des inneren, unteren Randes des M. obliquus internus herumführt, an den horizontalen Schambeinast hinunter. 2 Zeichnungen veranschaulichen das Operationsverfahren. *Kaerger* (Berlin).CH

Bates, U. C.: A new operation for the radical cure of indirect inguinal hernia. (Eine neue Radikaloperation der indirekten Leistenhernie.) Northwest med. Bd. **5**, Nr. 8, S. 211—215. 1913.

Operation vom Abdomen aus: Incision 2 cm oberhalb des Poupartschen Bandes, 5 cm lang, diesem parallel, entsprechend der lateralen Hälfte des Bandes. Zurückbringen des Bruchsackinhaltes von der Bauchhöhle aus, stumpfe Lösung etwaiger Adhäsionen, Wiederausstülpung des eventuell mitabgelösten Bruchsackes nach außen, Tabaksbeutelnaht des inneren Bruchringes (Fascie und Peritoneum) unter Vermeidung des nach außen von dieser Naht zu liegen kommenden Vas deferens, Vereinigung des so verschlossenen inneren Leistenringes mit Muskel, Fascie und parietalem Peritoneum durch eine Naht und Schluß der Bauchwunde. Bei größeren Bruchsäcken wird der invertierte Sack mit der letzten Naht mitfixiert. An 27 Fällen mit bestem Erfolge durchgeführt. *Albrecht* (München).

Fischer, Max: Über akute fortschreitende Peritonitis. Ein Rückblick auf 160 operierte Fälle. (*Mähr. Landeskrankenanst. Olmütz.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 85, H. 3, S. 696—714. 1913.

Fischer berichtet über 160 chirurgisch behandelte Fälle von akuter fortschreitender (diffuser) Peritonitis: Von Appendicitis ausgegangen 107 Fälle mit 12,9% Mortalität bei Früh-, und 54,9% bei Spätfällen (Grenze 48 Stunden, Prognose nimmt mit Lebensalter ab), nach Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwürs 5 bzw. 2 (4 †; bzw. 2 †; außer 1 Fall alle nach 24 Stunden operiert); Therapie: Übernähung der Perforationsstelle und Drainage (1 Jejunostomie), nach Schußverletzung des Bauchs 2 (1 † nach 24 Stunden operiert), nach Darmgangrän infolge Brucheinklemmung 6 (6 †, 2—5 Tage incarceriert, 4 Resektionen, 2 Vorlagerungen), nach Perforation eines Typhusgeschwürs 2 (2 †, nach 10 und 24 Stunden operiert), nach Pfählung 1 (geheilt, nach 12 Stunden operiert), nach Darmperforation durch Messerstich 1 (geheilt, nach 6 St. operiert) nach Perforation einer strangulierten Schlinge 2 (2 †, 1 entzündlicher Strang, 1 Meckelsches Divertikel), nach brandiger Invagination des Ileum 1 (durch Resektion geheilt), post partum 3 (3 †), nach Pyosalpinx 5 (4 einseitig, 3 †), nach eitriger Parametritis 3 (1 †), nach Perforation der steinhaltigen Gallenblase 4 (3 †), nach Perforation eines paranephritischen Abscesses 1 (†), Diplokokkenperitonitis 1 (†). Gespült wurde bei flüssigem Exsudat mit physiologischer Kochsalzlösung. In den meisten Fällen wurde, nachdem bei mehreren perforierten Appendiciten nach völligem Schluß der Bauchhöhle Absceßbildung einen 2. Eingriff erfordert hatte, ausgiebig, besonders der Douglas, drainiert, bei klarem Serum das Drain nach 24 Stunden entfernt, bei eitrigem liegen gelassen oder durch ein dünneres ersetzt; während und nach Operation Digalen, bei intravenöser Verabreichung besonders gute Wirkung. Bei der Nachbehandlung Fowlersche halbsitzende, in geeigneten Fällen Küstersche Bauchlage; neben der subcutanen Kochsalzinfusion z. T. durch permanente rectale Infusion ersetzt, in schwersten Fällen und intra operationem intravenöse Infusion mit Suprareninzusatz; Sorge für Wärme; gegen Darmparalyse Physostigmin subcutan; in 7 Fällen Darmentlastung durch eine oder mehrere Enterostomien; vom 2. Tag ab Sorge für Ventilation der Lunge (tief atmen, laut sprechen, eifriges Aufblasen der Luftpolster). Die Prognose hängt im wesentlichen von der Erkrankung ab. *Blezinger* (Stuttgart).CH

Sick, C. und Eug. Fraenkel: Ein Beitrag zur sog. galligen Peritonitis. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. 85, H. 3, S. 687—695. 1913.

Verff. berichten über einen Fall von sog. galliger Peritonitis bei dem bei der Operation eine feinste traumatische Perforation der nicht erkrankten Gallenblase gefunden wurde und teilen den an Serienschnitten erhobenen Befund mit.

Auf Grund dieses und des Nauwerk-Lübkeschen Falles halten sie es für wahrscheinlich, daß in der Mehrzahl der als gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenblase oder der Gallenwege bisher beschriebenen Fälle ein gleicher Zustand vorgelegen, sich aber der Untersuchung entzogen habe, da nur eine an Serienschnitten vorgenommene Untersuchung Aufschluß über totale oder inkomplette Wandrisse der Gallenblase geben könne, während eine sorgfältige makroskopische Untersuchung einer verdächtigen Stelle auf ihre Durchgängigkeit nicht genüge. Zu einer Peritonitis durch die sterile Galle kam es nicht. Als Therapie empfehlen Verff. die Cholecystektomie. *Blezinger* (Stuttgart).CH

Vogel, Robert: Über gallige Peritonitis. (*K. k. Krankenanst. Rudolfstift., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, Nr. 28, S. 1153—1157. 1913.

Der Aufsatz enthält zwei eigene Beobachtungen von galliger Peritonitis bei Gallenblasenentzündung ohne nachweisbare Perforation der Gallenwege. Der eine Kranke heilte, die zweite Patientin starb; bei der Autopsie konnte dann eine Ruptur eines ektatischen Lebergangs an der unteren Fläche des atrophischen linken Leberlappens gefunden werden. Der Verf. hat die Tierversuche von Clairmont und Haberer (Unterbindung des Choledochus) an 3 Kaninchen und 12 Hunden wiederholt, ohne die Angaben der genannten Autoren, die eine Filtration der Galle ohne Perforation annahmen, bestätigen zu können.

Vogel hat mehrmals Perforationen an der Ligaturstelle beobachtet. Er folgert aus seinen eigenen Beobachtungen und aus den in der Literatur veröffentlichten und von ihm zusammengestellten, daß die „gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege" doch eine Perforationsperitonitis sei. Er fordert auf, bei der Operation einer galligen Peritonitis auf Fibrinbeläge der Leberoberfläche zu achten, namentlich dann, wenn die Gallenwege kein Loch aufweisen, und an die subserösen Gallengangektasien mit Durchbruch zu denken. *Iselin* (Basel).CH

Cinaglia, Raniero: Un caso di torsione intraaddominale dell'omento. (Ein Fall von Netztorsion.) (*Osp. V. Emanuele II [Amandola].*) Gaz. degli. osp. e delle clin. Jg. **34,** Nr. 83, S. 859. 1913.

Eine 36jährige Frau kommt mit den Erscheinungen eines Tumors im linken Unterbauch in die Klinik, der als linkseitige gedrehte Ovarialcyste gedeutet wird. Bei der Laparotomie fand man eine faustgroße Geschwulst, die starke Verwachsungen mit der Umgebung aufwies, nach deren Lösung man sah, daß der Tumor aus dem Netz bestand und am Colon transversum festsaß. Es handelte sich um eine Netzdrehung, durch die eine Geschwulst vorgetäuscht wurde. Das Netz wurde nahe am Kolon reseziert, der Bauch hierauf geschlossen. Nach 20tägigem normalem Krankheitsverlauf konnte Patientin geheilt entlassen werden. *Naegeli.*CH

Rayner, H. H.: A case of mesenteric thrombosis. (Fall von mesenterialer Thrombose.) Med. chronicle Bd. **57,** Nr. 345, S. 130—132. 1913.

Krankengeschichte einer 51 jährigen Frau, die seit mehr als 20 Jahren einen rechtseitigen Schenkelbruch hatte und plötzlich unter den Erscheinungen einer Incarceration erkrankte. Statt dessen fand sich bei der Operation eine ganz frische Thrombose der Mesenterialgefäße. Durch Resektion des befallenen Dünndarmabschnittes Heilung. Das Bemerkenswerte an dem Fall sicht Verf. darin, daß durch die plötzliche Ausdehnung des Bruchsackes, die auf eine Incarceration zu deuten schien, der Fall so früh zur Operation kam.

Kurze Besprechung der Ursachen von Thrombose der Mesenterialgefäße. Die akuten Fälle ähneln dem akuten Darmverschluß durch Strangulation. Ein wertvolles diagnostisches Zeichen ist ev. Blutabgang aus dem Mastdarm, reichlicher als bei der Invagination, nach Moynihan in 40% der Fälle vorhanden. Bei der in solchen Fällen notwendigen Darmresektion soll man die Kontinuität des Darmes durch eine Anastomose Seit zu Seit, nicht End zu End, herstellen, da man durch erstere sicherer einer Nahtinsuffizienz vorbeugt. *Hoffmann* (Greifswald).CH

Gant, Samuel Goodwin: Classification, etiology, pathology, symptoms, diagnosis and treatment of intestinal tuberculosis. (Einteilung, Ätiologie, Pathologie, Symptome, Diagnose und Behandlung der Darmtuberkulose.) Post-graduate Bd. **28,** Nr. 6, S. 517—532. 1913.

Operative Therapie: 1. Enterostomie oder Kolostomie, nicht empfehlenswert wegen Kotfistel und Hautreizung. 2. Appendikostomie (Gantscher Irrigator). 3. Cöcostomie, mit Gantscher Modifikation. 4. Ausschaltung von Darmteilen a) Lateralanastomose, b) ein- und zweiseitige Ausschaltung. 5. Amputation und Resektion. *Mohr.*

Abadie, J., Sur les perforations multiples tuberculeuses de l'intestin. (Über multiple Perforationen tuberkulöser Darmgeschwüre.) Rev. internat. de la tubercul. Bd. **23,** Nr. 4, S. 251—253. 1913.

Multiple gleichzeitige Perforationen tuberkulöser Darmgeschwüre sind selten. Abadie bringt die Krankengeschichte eines Marokkaners, bei welchem 6 tuberkulöse Geschwüre des Ileums perforiert waren. Der Fall bietet das Merkwürdige, daß der kachektische Mann über eine Woche lang den Durchbruch von Darminhalt in die Bauchhöhle ertrug, ohne durch Erhöhung der Temperatur oder durch Steigerung der Pulsfrequenz oder durch Erbrechen zu reagieren. Die Laparotomie am 10. Tag nach Beginn der stärkeren Anschwellung des Leibes ergab, daß das Peritoneum (offenbar infolge von tuberkulöser Peritonitis) stark verdickt, die Bauchhöhle mit mehreren Litern flüssiger Fäkalmassen gefüllt war. Die stark verbackenen Darmschlingen waren nach der hinteren Bauchwand verdrängt. 2 Perforationen des Dünndarms wurden übernäht. Pat. lebte noch 7 Tage: Höchsttemperatur 37,5, höchste Pulsfrequenz 100. Bei der Autopsie fanden sich noch vier weitere perforierte Ulcera. Die merkwürdige Toleranz des Peritoneums dieses Pat. gegenüber dem Darminhalt scheint dem Verf. zusammenzuhängen mit dem vorherigen Bestehen einer tuberkulösen Peritonitis mit Ascites. *Jung* (Straßburg).CH

Jalaguier: Tumeur inflammatoire du caecum consécutive à une appendicite chronique, avec invagination de l'appendice. — Résection. — Anastomose iléo-colique. — Guérison. (Entzündlicher Tumor des Coecums im Gefolge einer chronischen Appendicitis, mit Invagination der Appendix; Resectio ileocoecalis: Heilung.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39,** Nr. 29. S. 1265—1270. 1913.

Der Fall betrifft ein 9jähr. Kind, bei dem sich langsam unter den Erscheinungen einer Darmstenose ein walnußgroßer Tumor in der Ileocöcalgegend entwickelte. Die mikro-

skopische Untersuchung der durch Laparotomie gewonnenen Präparate ergab eine rein entzündliche Sklerose der Darmwand. *Neupert* (Charlottenburg).CH

Lardennois, G., et J. Okinczyc, La typhlo-sigmoïdostomie en Y dans le traitement des colites rebelles et de la stase du gros intestin par péricolite membraneuse. (Die Y-Typhlosigmoidostomie zur Behandlung der hartnäckigen Kolitis und der Passagebehinderung des Dickdarms durch perikolitische Stränge.) Journal de chirurg. Bd. **10**, Nr. 5, S. 538—548. 1913.

Die Ileosigmoidostomie hat sehr oft chronische, unstillbare Diarrhöen im Gefolge. Dagegen sind die funktionellen Resultate der Typhlosigmoidostomie ausgezeichnet, die Technik einfach, die Prognose gut. Die guten Erfolge sind auf die Erhaltung der Valvula Bauhini, die eine allzu schnelle Beförderung der Ingesta hindert, und auf das Coecumreservoir zurückzuführen, in dem die Ingesta ausgetrocknet werden. Röntgenographisch konnte nachgewiesen werden, daß die einfache laterale Typhlosigmoidostomie nur unvollkommen funktioniert, die Typhlosigmoidostomie in Y-Form nach Resektion des Coecumblindsackes aber dauernd und vollkommen.

Bei einer 32jährigen Frau, die an einer progressiven Okklusion der Flexura hepatica durch membranöse Perikolitis litt, erzielten die Autoren einen vollständigen Erfolg. Es wird ein großen Mittellinienschnitt empfohlen, um die häufig bei derartigen Kranken vorhandene Diastase der Musculi recti beseitigen zu können. Fast immer ist die Appendix sklerotisch und atrophisch und deshalb zu entfernen. Zahlreiche Abbildungen veranschaulichen die einzelnen Phasen der Operation. *Klose* (Frankfurt a. M.).CH

Kelling, G., Amputation des Rectum unter Ausschaltung des Colon pelvinum. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr 24, S. 947—949. 1913.

Kelling excidierte bei einem sehr elenden Manne das vorgeschrittene Rectumcarcinom, durchtrennte den Darm oberhalb des Tumors, ohne ihn zu vernähen und tamponierte die Wundhöhle mit Vioformgaze. Dann legte er einen Anus iliacus an mit Durchtrennung der Flexur. Die Heilung erfolgte glatt. Der Schleim aus dem ausgeschalteten Darmstück entleerte sich nach oben. K. empfiehlt dieses Verfahren für die Fälle, in denen der Sphincter nicht erhalten werden kann und es sich um geschwächte Patienten handelt, wo ein an sich nicht mehr radikal operables Carcinom im Interesse des Kranken entfernt werden soll oder die Radikaloperation wegen starker Verwachsungen in keinem Verhältnis zu dem daraus entstehenden Nutzen steht. *Nordmann* (Berlin).CH

Bundschuh, Ed.: Über Volvulus des Dickdarmes. (*Chirurg. Klin., Freiburg i. Br.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **85**, H. 1, S. 58—90. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von Volvolus des Coecum und des Colon sigmoideum und bespricht im Anschluß daran ausführlich die Pathologie und Klinik des Dickdarmvolvulus. Fortführung der Kasuistik.

Fall 1. Die 26jährige, im 6. Monate gravide Frau, welche seit ihrer Kindheit an Stuhlverstopfung mit ziehenden Schmerzen in der rechten Unterleibsseite litt, erkrankte 3 Tage vor der Aufnahme unter ileusartigen Symptomen, Stuhl- und Windverhaltung, Darmsteifungen, heftiges zuletzt fäkulentes Erbrechen. Aufnahmebefund und Anamnese ließen an einen Volvulus des Coecum denken. Bei der Laparotomie fand sich das Coecum und Colon ascendens stark gebläht, schwarzblau, mißfarbig fleckig verfärbt und um 270° im Sinne des Uhrzeigers gedreht. Die Drehung hatte um ein langes Mesenterium als Achse, an dem Coecum, Colon ascendens bis über die Flexura hepatica hinaus aufgehängt waren, stattgefunden. Beteiligt an dem Volvulus waren 20 cm vom untersten Ileum, Coecum, Colon ascendens und 12 cm vom Querkolon. An beiden Enden fanden sich deutliche Schnürringe. Der erkrankte Darm wurde reseziert, das Ileum End-zu-Seit in das Querkolon eingepflanzt, der Kolonstumpf wurde ligiert, verschorft und in die Bauchdeckenwunde eingenäht. Es etablierte sich eine kleine Kotfistel, die sich spontan schloß. Am Tage nach der Operation trat Abort ein. Patientin ist jetzt ein Jahr nach der Operation beschwerdefrei. — Fall 2. Bei dem 27jährigen Patienten wurde zuerst am 24. Dezember 1910 wegen Verschlußsymptome infolge eines Megasigmoideum ein Anus praeternaturalis am Colon sigmoideum angelegt. Verschlimmerung der Ileussymptome veranlaßte die Anlage einer Dünndarmfistel. Dadurch wurden die Verschlußsymptome beseitigt, und es gelang, in der folgenden Zeit reichlich Stuhlgang aus dem Anus praeternaturalis am Colon sigmoideum zu erzielen. Nach einigen Monaten wurden die beiden widernatürlichen After operativ verschlossen; zur Erzielung einer breiten Verklebung zwischen parietalem Peritoneum und S-Romanum wurde ein Jodoformstreifen eingelegt. Heilung. Nach einigen Monaten kam Patient wieder mit Verschlußerscheinungen in die Klinik, die durch Darmspülungen bald behoben wurden. Nach etwa 7 Wochen traf der Patient wieder in kolla-

biertem Zustande in der Klinik ein. Bei der Laparotomie fand sich das kleinkindskopfgroße S-Romanum um 360° im Sinne des Uhrzeigers um die Achse seines langen Mesosigmoideum gedreht. Resektion jenseits der Schnürringe, Einnähen der Stümpfe in die Bauchdeckenwunde. Später wurde der Anus operativ verschlossen, und es folgte definitive Heilung.
Wortmann (Berlin).CH

Zweifel: Über Darmfisteln und ihre Behandlung. (Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Leipzig, Sitzg. v. 21. IV. 1913.) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 38, S. 1403. 1913.

Nach Eröffnung eines appendicitischen Abscesses war eine Darmfistel entstanden, da dieselbe sich nicht spontan schloß, wurde sie operativ geschlossen. Zweizeitige Methode: I. Mediane Laparotomie, Wand- zu Wand-enteroanastomose zwischen der letzten Ileumschlinge und dem Colon transversum. Das so ausgeschaltete Coecum mit Proc. vermif. und Colon ascendens wurde geschlossen und möglichst weit eingestülpt. II. Nach Wiederherstellung wurden nach Umschneidung der Fistel die ausgeschalteten Darmteile schrittweise vom Mesokolon und in toto exstirpiert. Heilung, doch sezerniert noch übelriechenden Eiter. *Ruhemann* (Berlin).

Duffek: Kottumor. (Geburth.-gynaekol. Ges., Wien. Sitzg. v. 11. II. 1913.) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 35, S. 1291—1294. 1913.

Bei 33jähriger Virgo mit schweren Skelettveränderungen infolge ausgeheilter Ostitis fibrosa war allmählich seit 1/2 Jahre ein fast mannskopfgroßer Tumor entstanden. Diagnose Myom, ev. Neoplasma malign. — Da Patientin zusehends herunterkam, wurde Laparotomie gemacht. Tumor erwies sich als enorm dilatierte und mit Kotmassen gefüllte Flexur, der Dünndarm war sehr stark kontrahiert. Wegen schlechten Allgemeinbefindens wurde Flexur hervorgewälzt und aus Längsincision möglichst alle Kottumoren entfernt, Darm in 3 Schichten genäht, Bauchhöhle geschlossen. Nach 36 Stunden Zeichen peritonitischer Reizung und Bildung neuer Tumoren, deshalb Relaparotomie. Die oberste Lambertnaht war schmierig belegt. Vorlagerung dieses Flexurabschnittes; am nächsten Tage Eröffnung desselben mit Thermokautor und Entfernung mehrerer Kotballen. Danach begann der Darm zu funktionieren und Patientin erholte sich allmählich. — In diesem Falle war das Megakolon resp. die Hirschsprungsche Krankheit durch die maximale kartenherzförmige Verengerung des Beckeneinganges bedingt, als größter Durchmesser wurden 2 cm gefunden; ein 15jähriges Krankenlager war Grund der chronischen Obstipation. — Operativ kommen in Frage: 1. Incision, primäre Darmnaht, Verschluß der Laparotomie. 2. Resektion des Dickdarms. 3. Anlegung eines Anus praeternaturalis. — Hier hätte Resektion des Kolons nur Erfolg gehabt mit gleichzeitiger Abmeißelung des Promontoriums nach Rotter, was bei dem Zustand der Patientin ausgeschlossen war. *Ruhemann* (Berlin).

Harnorgane:

Stephens, H. Douglas: Infections of the urinary tract by the bacillus coli in children. (Infektion des Harntraktes mit Bacterium coli bei Kindern.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 105, S. 1127—1129. 1913.

Verf. teilt die Infektionen in solche ohne und mit entzündlichen Erscheinungen ein. Die ersteren werden meist zufällig entdeckt und machen keine oder geringe Erscheinungen, die letzteren sind die bekannten. Erstere sind sehr häufig und verursachen selbst keine Cystitis. Schilderung der charakteristischen Beschaffenheit des Koliurins. Die Koliinfektionen treten häufig sekundär bei Tuberkulose, Scharlach und Diphtherie auf. Bei den entzündlichen Formen ist wichtig, daß die primäre Pyelitis fast stets mit Beteiligung des Nierengewebes einhergeht. Verf. ist der Meinung, daß diese Form nur bei Kindern vorkommt. Die Infektionen können auf Blut-, Lymph- oder Harnwege stattfinden. Landläufiger Anschauung nach ist die 3. Form die häufigste. Aufsteigende Formen bei Enterokolitis sind selten. Die nahen Beziehungen der Lymphwege des Coecum zu denen der rechten Nieren führen zu Koliinfektion der letzteren. Neben den bekannten therapeutischen Maßnahmen erwähnt Verf. die Autovaccinebehandlung mit Unterstützung durch das die Phagocytose anregende Nuclein. *Hoffmann* (Dresden).CH

Bull, R. J.: Bacillus coli infection of the urinary tract. Nature, origin and specific treatment. (Über Natur, Ursprung und spezifische Behandlung der Koliinfektion der Harnwege.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 105, S. 1129 bis 1131. 1913.

Unter dem Namen „Bacterium coli" werden eine ganze Reihe Bakterien des Darmes zusammengefaßt. Betrachtung über deren Unterscheidung, und kulturelle Trennungsmöglichkeit des Bact. coli gegenüber anderen Darmbakterien. Die Mehrzahl aller Bakterien der Typhokolongruppe kann Infektionen des Urogenitalsystems hervorrufen. Besprechung der Infektionswege, Blut, Lymphbahnen, aufsteigende Formen, der klinischen Erscheinungen der Infektionen der Harnwege und der diagnostischen Feststellung. Bei der Therapie des oft hartnäckigen Leidens ist man nicht berechtigt, einen Fall als unheilbar zu bezeichnen, bevor man nicht die Vaccinetherapie angewendet hat. Autovaccine ist bei der Verschiedenheit der in Frage kom-

menden Bakterienarten zu bevorzugen. Mißerfolge bleiben auch hier nicht aus. Die Dosis der Vaccine hat sich nach der Art des Erregers zu richten. Die Wirkung tritt sehr verschieden schnell ein. Vorschläge zur Dosierung und Technik der Vaccinetherapie. *Hoffmann* (Dresden).CH

Pereschiwkin, N. S.: Zur Diagnose der Pyeloektasie. (*Chirurg. Klin. d. Milit.-Med. Akad., [Prof. Theodoroff] in St. Petersburg.*) Russkji Wratsch Jg. **12**, Nr. 35, S. 1232—1234. 1913. (Russisch.)

Mitteilung eines Falles von Pyeloektasie (der Name sei zuerst von Prof. Theodoroff für die Fälle von Erweiterung des Nierenbeckens ohne Veränderungen des Nierengewebes eingeführt worden), der mittelst Pyelographie diagnostiziert wurde. 25jährige Frau klagt über Schmerzen im Kreuz rechts. Dieselben Beschwerden, trüben Urin und Temperaturerhöhungen hatte Patientin während der vor 8 Monaten spontan abgelaufenen Gravidität. Bei der Katheterisation des rechten Ureters ging der Katheter 22 cm hinein, wobei bei 18 cm ein Widerstand gefühlt wurde. Links 23 cm. In 20 Minuten entleerte sich aus dem rechten Katheter 60 ccm trüber Urin, auf dem linken 24 ccm klarer Urin. Der Urin der rechten Seite enthielt Eiweiß, weiße und rote Blutkörperchen, der linke nicht. Durch Injektion von 65 ccm 5proz. Kollargollösung in den rechten Ureter Erzeugung einer experimentellen Kolik. Gleich darauf Pyelographie, die eine Vergrößerung und Verschiebung des rechten Nierenbeckens nach unten und Knickung des rechten Ureters ergab. Über der Knickungsstelle war der Ureter erweitert. Operation (Prof. Theodoroff) bestätigte diesen Befund. Die Niere wurde nach oben gezogen und nach der Methode von Prof. Theodoroff angenäht. Außerdem Pyeloplicatio (Verkleinerung des Nierenbeckens durch Raffung). Genesung. Die nachher vorgenommene Pyelographie ergab, daß das rechte Nierenbecken halb so groß ist wie vor Operation; Ureterknickung beseitigt; Urin der rechten Niere normal. Die Technik der Pyelographie an der Klinik besteht in folgendem: Nach der Einführung des Katheters in das Nierenbecken läßt man den ganzen Urin aus demselben ausfließen (damit das Kollargol nicht verdünnt wird und damit man die Kapazität des Nierenbeckens kennt). Das Kollargol (5—10%) wird gewärmt mittels einer Rekordspitze unter schwachem Druck in den Katheter eingespritzt, bis die Patientin Schmerzen verspürt. Diese Injektion geschieht schon auf dem Röntgentisch, damit die Aufnahme sofort angeschlossen werden kann. In einem Falle wurde bei der Pyelographie Ohnmacht, Übelkeit, Schmerzen, kleiner langsamer Puls (46) beobachtet. Nach der Entleerung des Kollargols aus dem Nierenbecken besserte sich der Zustand sofort. *Braude* (Berlin).

Hohlweg, H.: Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbeckenspülungen. (*Med. Klin., Gießen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 26, S. 1420—1423 u. Nr. 27, S. 1491—1493. 1913.

Verf. bespricht kurz die verschiedenen Arten der Behandlung der Pyelitis, die Lenhartzsche Therapie (Aufnahme großer Flüssigkeitsmengen zur Auswaschung des Nierenbeckens von oben), die Verabreichung von Harndesinfizienzien, die Vaccinationsbehandlung, die Behandlungsmethode nach Meyer-Betz (künstliche Erhöhung der Harnacidität und Harnkonzentration), und betont, daß mit all diesen Methoden immer nur in einem Teil der Fälle eine Heilung im bakteriologischen Sinne zustande komme, daß man dagegen mit der aktiven Behandlung der Pyelitis, mit Spülungen des Nierenbeckens diesem Ziel am nächsten komme. Aus den mitgeteilten Fällen geht hervor, daß von 17 Pat. mit Pyelitis 15 völlig beschwerdefrei und sowohl klinisch wie bakteriologisch vollkommen geheilt entlassen werden konnten. Auch die Nachuntersuchungen, welche sich über einen Zeitraum bis zu 2 Jahren erstreckten, ergaben einen wirklichen Dauererfolg. Andererseits ist in Fällen, wo es von einer Koliinfektion des Nierenbeckens zu einer chronischen Entzündung des Nierengewebes selbst gekommen ist, also überall da, wo ein stärkerer Eiweißgehalt des Urins — stärker als dem Leukocytengehalt des Urins entspricht — auf eine Mitbeteiligung der Niere selbst hindeutet, von einer Spülbehandlung des Nierenbeckens nichts zu erwarten. Als Spülflüssigkeit hat Verf. vornehmlich Argentum nitricum verwendet und zwar gewöhnlich in steigenden Konzentrationen von 1 oder 2prom. bis zu 1/2 und 1 proz. Lösungen. Die Empfindlicheit der Pat. gegen solche Lösungen und die lokale Reaktion ist eine sehr verschiedene. Verf. hat gewöhnlich 2, mitunter sogar 3 Spülungen in der Woche vorgenommen, worauf gewöhnlich nach 2—3wöchiger Krankenhausbehandlung völlige Heilung eintrat. Freilich muß gefordert werden, daß der Prozeß möglichst frühzeitig erkannt und frühzeitig in Behandlung genommen wird. Je frischer die Erkrankung, desto rascher und sicherer läßt sich ein voller Erfolg erzielen. *Oehler*.CH

Scott, G. D.: Hydronephrosis produced by experimental ureteral obstruction. (Hydronephrose, hervorgerufen durch experimentellen Ureterverschluß.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 8, S. 339—344. 1913.

Auf Grund von an mehr als 50 Hunden gemachten Experimenten kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Kompletter Ureterverschluß erzeugt Hydronephrose, deren Grad abhängig ist von der Dauer des Verschlusses. Inkompletter Verschluß erzeugt ebenfalls Hydronephrose, jedoch weniger rasch, als der komplette, ihr Grad hängt ab von der Dauer und von dem Druck, der erforderlich ist, die gestaute Flüssigkeit durch die Verengerung hindurchzutreiben. Die Veränderungen im Nierenparenchym bestehen in Erweiterung der Harnkanälchen, Abflachung des Epithels, körnigen Veränderungen des epithelialen Cytoplasmas, Wucherung des Bindegewebes und in vorgeschrittenen Stadien in Sklerosierung der Gefäße. Auch beim höchsten Grade der Hydronephrose ist das Nierenepithel nie vollständig zerstört, sondern ist nach Entfernung des Hindernisses einer raschen Regeneration fähig, unter Bildung neuer Harnkanälchen. *Colmers.*

Thévenot, L.: Phlegmon péri-néphrétique ligneux de diagnostic clinique et causal difficile. (Perinephritische Holzphlegmone; schwierige diagnostische und ätiologische Feststellung.) (*Clin. d'urol.*) Lyon chirurg. Bd. **10**, Nr. 1, S. 23—26. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von Perinephritis, der weder mit der sklerosierenden noch der lipomatösen Form etwas gemein hatte, noch auch als Absceß auftrat, sondern eine ganz anormale Form darstellte. — 24jährige Frau, die seit 3 Jahren an Schmerzen in der Nierengegend und Albuminurie litt, wies plötzlich eine Verschlimmerung auf, die an Pyonephrose denken ließ: schmerzhafte Vergrößerung beider Nieren, besonders der linken, Trübung des Harns, Temperatur bis 39,8°; Ureterkatheterismus gibt links keinen, rechts wenig Urin. Da die Harnmenge herabgesetzt ist, die Ausscheidung von Harnstoff und Chloriden nachläßt, Erbrechen und Diarrhöen auftreten, wird wegen drohender Urämie die linke Niere freigelegt. An der Rückseite der letzteren fand sich in filzigem Gewebe, teppichartig ausgebreitet und mit der Niere verwachsen, eine indurierte eitrige Masse, die mikroskopisch nur entzündlich veränderte Gewebe darstellte. Breite Drainage, normaler Wundverlauf. Die urämischen Symptome setzen sofort aus, die Harnmenge steigt auf 2600 ccm. Im Verlauf trat nochmals ein leichter urämischer Anfall vorübergehend auf. Ein Jahr später waren die Nieren nicht mehr palpabel, der Urin war reichlich, etwas trüb; beide Nieren funktionierten gut. Thévenot nimmt an, daß es sich um eine lange zurückliegende Infektion (Pyelonephritis) handelte, die einen latenten Nierenabsceß zur Folge hatte; dieser durchbrach die Kapsel und veranlaßte die Perinephritis. Der Entzündungsprozeß hatte auf eine nicht zu erklärende Weise die Funktion der linken Niere vorübergehend aufgehoben und auf dem Wege des reno-renalen Reflexes die Funktion der anderen Niere geschädigt, so daß Urämie auftrat. *Janssen* (Düsseldorf).[H]

Cordua, Ernst: Zur Nephropexie mittels freien Fascienstreifens. (*Chirurg. Priv.-Klin. von Dr. Ernst Cordua, Harburg a. E.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 32, S. 1253—1255. 1913.

In der unteren Hälfte der Niere werden auf der Vorder- und Hinterseite des Organs je 2 parallel zueinander verlaufende Schnitte in die Capsula propria gemacht. Nach Unterminierung des zwischen den Schnitten gelegenen Anteiles der Nierenkapsel wird ein 20 cm langer, 2½ cm breiter Streifen der Fascia lata so um die Niere geführt, daß er zwischen den kleinen Incisionen unter die Capsula propria zu liegen kommt. Die Niere läßt sich nun in dem Fascienstreifen hängend hochheben. Der eine Zipfel wurde möglichst hoch an die Fascia lumbo-dorsalis und das Periost der 12. Rippe angenäht. Außerdem wurde dieser Streifen mit dem anderen noch durch Seidennähte vereinigt. *Frangenheim* (Köln).[CH]

Jeanbrau, E., et E. Étienne, Néoplasme rénal du volume d'une cerise révélé par d'abondantes hématuries néphrectomie. (Kirschgroße Nierengeschwulst, durch reichliche Blutungen angezeigt, Nephrektomie.) Journal d'urol. méd. et chirurg. Bd. **3**, Nr. 6, S. 751—758. 1913.

Die 29 jährige Frau beobachtete acht Monate vor der Operation zum erstenmal reichlichen Blutabgang mit dem Urin ohne sonstige Beschwerden; 3 Tage danach linksseitige Nierenkolik. Nach 6 monatigem Intervall abermals schmerzhafte Hämaturie. Die Untersuchung ergibt keinen sicheren Befund. In der Annahme eines Nierenbeckentumors, vielleicht eines gutartigen Papilloms wird die linke Niere exstirpiert, wobei sich entzündliche perinephritische Verwachsungen zeigen. Glatte Heilung. Das Präparat zeigt auf der Schnittfläche im Parenchym nahe dem unteren Pol eine kirschgroße Geschwulst. Mikroskopisch erweist sie sich als Epithe-

liom, welches von ausgebildeten Tubuli, die teilweise adenomatöse Umbildung zeigen, ausgeht und teilweise tubulös, teils papillärcystisch gebaut ist. Die Hohlräume enthalten zum Teil rote Blutkörperchen. Das Ganze ist umgeben von einer kleinzellig infiltrierten Zone. Da die bemerkenswert kleine Geschwulst weder das Nierenbecken noch die Kapsel erreichte, ist Dauerheilung anzunehmen. Drei Abbildungen. *Schmidt* (Würzburg).CH

Gayet, G., et L. Bériel, Cancer du rein et thromboses de la veine cave. (Krebs der Niere und Thrombosen der Vena cava.) Lyon chirurg. Bd. **9**, Nr. 6, S. 601—618. 1913.

An der Hand zweier nephrektomierter Fälle von Nierentumor mit Geschwulstthrombus der V. cava bzw. der Vena renalis geben die Verff. eine Übersicht über die in der Literatur niedergelegten Fälle dieser Art, Sektions- wie Operationsfälle. Sie kommen bezüglich der Frequenz, der Symptomatologie, der Diagnose und Therapie dieser Fälle zu folgenden Schlüssen: Die Thrombose ist eine häufige Komplikation der Nierentumoren. Im Verlauf der Nephrektomie findet sich Thrombose der Hohlvene in 4—5% der Fälle. Man muß deshalb stets vor der Entfernung der Niere daran denken. Die Symptomatologie ist leider fast gleich Null. Man wird daran denken können, wenn Ödeme im Gebiet der unteren Extremität bestehen oder bestanden haben; wenn Varicositäten oder Venenerweiterungen der Bauchwand bestehen, besonders wenn man die Umkehr des Blutstromes feststellen kann; im Verlaufe der Operation bei Vorhandensein einer abnormen kollateralen Zirkulation in den Venen der Bauchwand und der Fettkapsel. Kann man die Diagnose vor der Operation stellen, ist es besser, auf die Nephrektomie zu verzichten. Wird die Thrombose erst nach der Nephrektomie erkannt, gilt folgendes: 1. Ist die Nierenvene allein ergriffen, so soll man die Ligatur jenseits der Thrombose machen. 2. Ist die V. cava ergriffen, so soll man die Wand einschneiden und den Thrombus herausziehen, falls er beweglich ist, sodann die Wunde der Gefäßwand durch seitliche Naht schließen. Adhäriert der Thrombus und ist die Vene teilweise krank, so ist die laterale Resektion mit nachfolgender Naht zu versuchen. *W. Israel* (Berlin).CH

Smith, Oliver C.: Bilateral nephrolithiasis. (Doppelseitige Nierensteine.) New York med. journal Bd. **97**, Nr. 25, S. 1282—1285. 1913.

In 20—50% der Fälle sind Nierensteine doppelseitig. Es ist zweckmäßig an beiden Nieren zu gleicher Zeit operativ vorzugehen. *Baetzner* (Berlin).CH

Desnos, M.: Contribution à l'étude clinique des rétrécissements de l'uretère (rétrécissements larges). (Beitrag zum klinischen Studium der Verengerungen des Ureters.) Journal d'urol. méd. et chirurg. Bd. **3**, Nr. 6, S. 739 bis 750. 1913.

Abgesehen von tuberkulösen Strikturen der Ureteren, die bis zu vollständiger Obliteration führen können, von vorgeschrittenen Veränderungen der Harnleiter bei anderen Infektionen mit Deformation und Dilatation unterscheidet Verf. noch eine besondere Gruppe weniger ausgesprochener Läsionen, die entweder auf das Trauma des protrahierten Durchtrittes eines größeren und eckigen Nierensteines zurückzuführen oder als Folgezustände mehr oder minder ausgebreiteter infektiöser Ureteritis aufzufassen sind. Er meint damit Narbenbildungen, die bis in die tieferen Schichten des Ureters hineinreichen, mit Verengerung des Lumens. Oft lange Zeit symptomlos, können diese relativen Stenosen bei Hinzutreten oder Aufflackern einer Infektion in den oberen Harnwegen schwerere Erscheinungen, vor allem diejenigen der renalen Retention machen, Schmerzen in der Nierengegend, dauernd oder remittierend, wie sie für die Uretero-Pyelitis charakteristisch sind. Scharf umschriebene Druckempfindlichkeit im Verlaufe des Ureters findet man dabei kaum; dieses Symptom spricht mehr für einen Ureterstein. — Die Diagnose ist mit der Uretersondierung zu machen und soll stets früh angestrebt werden, denn die Fälle sind bei rationeller Behandlung sehr dankbar, was Verf. durch drei kasuistische Beiträge belegt. Am besten eignet sich eine Uretersonde mit kleiner Olive an der Spitze und seitlichem feinem Auge. Die Sonde wird anfänglich nur kurze Zeit, später bis 12 Stunden liegen gelassen, bei dieser Gelegen-

heit, wenn wünschbar, eine Spülung des Nierenbeckens gemacht. Diese Behandlung, die sorgfältig ausgeführt, höchstens durch einen bedeutungslosen Schüttelfrost kompliziert sein kann, ist den Methoden der Ureterotomia externa und interna vorzuziehen und hat ihr Analogon in den entsprechenden, längst geübten Behandlungsweisen der Verengerungen der Urethra. *Hans Brunn* (Luzern).[CH]

Lake, George B., Diffuse papillomatous carcinoma of the bladder. A case report. (Diffuser papillärer Krebs der Harnblase.) Americ. practit. **47,** S. 58 bis 62. 1913.

Kräftiger Mann Mitte der 30, der mit 20 Jahren Gc. gehabt, war vor 5 und 3 Jahren wegen leichter Blasenbeschwerden in Behandlung gewesen. Jetzt wieder blasenkrank, erheblich im Allgemeinzustand heruntergekommen, zeigt leichte Temperaturerhöhung usw. Die Anamnese ergibt, daß Schmerzen in Blase und Kreuz eingesetzt, die Miktion schmerzhaft, sehr häufig und mit Blutbeimengung erfolge. Impfversuche auf Tuberkelbacillen fielen negativ aus, die Diagnose wurde darum auf chronische Pyelonephritis gestellt. Nach 1 Monat Exitus. Bei der Sektion fand sich ein die ganze Blasenwand überziehendes papilläres Carcinom, das das Blasencavum auf ein Minimum eingeschränkt hatte und sekundär Ureteren und Nierenbeckendilatation mit Nierenaffektion bedingt hatte. In der Epikrise bekennt Autor, daß zum mindesten im letzten Stadium aus den Blutungen sich hätte eine richtige Diagnose müssen stellen lassen. *Fuchs* (Breslau).

Hook, Weller van: Bladder deformity after ventro-suspension. (Verziehung der Blase nach Ventrofixation des Uterus.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17,** Nr. 8, S. 427. 1913.

Verf. sah schwere Blasenstörungen, die sich erst bei der Operation erklären ließen. Es war einige Jahre zuvor eine Ventrofixation des Uterus gemacht worden, und nun lag die Blase zwerchsackartig über dem gestreckten Uterus und konnte sich bei Füllung nicht nach vorn und oben, sondern nur nach den Seiten ausdehnen. Daher warnt Verf. vor dieser Operation und empfiehlt als Methode der Wahl die Verkürzung der runden Mutterbänder. *Roeder* (Berlin).

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Durme, Modeste van: Du rôle des mitochondries dans la genèse de l'ovoplasme. (Über den Anteil der Mitochondrien an der Genese des Eiplasmas.) (*Laborat. d'histol. et d'embryol., univ., Gand.*) Ann. et bull. de la soc. de méd. de Gand Bd. **4,** H. 6/7, S. 270—278. 1913.

Vorläufige Mitteilung der Resultate umfangreicher Untersuchungen über die verschiedenen Dotterlagen der telolecithalen Eier. Von den üblichen Färbemethoden bevorzugt Verf. Bendas Krystallviolett zur elektiven Darstellung der Mitochondrien. In einem Sperlingsoocyten von $^1/_{10}$ mm Durchmesser tritt in Form zentraler mikrochondrialer Proliferation der Nahrungsdotter zuerst auf. Die für das dotterreiche Ei charakteristischen Vakuolen und Dotterkugeln werden im Oocyten von $^1/_2$ mm sichtbar, im Oocyten von 10 mm Durchmesser endlich differenziert sich der Bildungsdotter, und das Keimbläschen wird an den Eirand gedrängt. *Weishaupt* (Berlin).

Schäfer, P.: Der Abderhaldensche Fermentnachweis im Serum von Schwangeren. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 35, S. 1605—1606. 1913.

Mitteilung der Resultate, die an der Kgl. Universitäts-Frauenklinik mit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion erhalten wurden. 186 Fälle waren nach dem Dialysierverfahren untersucht worden, 108 Fälle wurden gleichzeitig auch mit der optischen Methode geprüft; letztere sei leichter auszuführen und weniger Fehlerquellen ausgesetzt. Von 72 untersuchten Schwangeren (I.—X. Monat) reagierten bloß 2 negativ, eine Frau mit Hyperemesis und eine Nebenhorngravidität. Hingegen war bei einer Frau schon 8 Tage nach Ausbleiben der Menses die Diagnose Schwangerschaft zu stellen. Gehäufte Fehldiagnosen waren mit dem Dialysierverfahren zu verzeichnen bei Myomen und Collumcarcinomen (5 : 13, bzw. 10 : 25), mit der optischen Methode allerdings bloß einmal bei Myom. Alles in allem sei das Abderhaldensche Verfahren eine große Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel. *Hamm* (Straßburg).

Sunde, Anton: Die Abderhaldensche serologische Reaktion der Schwangerschaft. (*Pathol.-anat. Inst., Kristiania.*) Norsk. Magaz. for Laegewidenskaben Jg. **74**, H. 19, S. 1234. 1913.

Eingehende Besprechung der theoretischen Grundlagen sowie der Technik des Verfahrens. Bericht über 83 nach dem Dialysierverfahren Abderhaldens angestellte Versuche. 75 mal hat die klinische Diagnose die Resultate bestätigt. 8 mal war die Reaktion fehlerhaft positiv ausgefallen — 2 mal bei Männern und 6 mal bei sicher nicht schwangeren Frauen. Verf. hält jedoch die Reaktion für absolut zuverlässig und hat nachträglich ein nicht sorgfältiges Auswaschen der Placenta als Ursache dieser Mißerfolge festgestellt. Es ist unbedingt notwendig, sich an die Vorschriften Abderhaldens streng zu halten. Die optische Methode hat er nicht probiert. *Horn* (Kristiania).

Ekler, Rudolf, Erfahrungen mit der biologischen Diagnose der Schwangerschaft nach Abderhalden. (*Rothschildspit., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 18, S. 696—698. 1913.

Verf. untersuchte mit dem Dialysierverfahren 62 Fälle. Die Reaktion stimmte stets. Komplikationen wie Tuberkulose, Lues und Hyperemesis beeinflußten die Reaktion nicht. Bei einem Eklampsiefall fand sich ebenfalls positive Reaktion. *Jonas* (Greifswald).

Petridis, Pavlos Ar.: Ferments protecteurs de l'organisme animal. Diagnostic biochimique de la grossesse par la réaction d'Abderhalden. Procédé du dialyseur. (Über Schutzfermente des tierischen Organismus und den biochemischen Nachweis der Schwangerschaft mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren.) Progr. méd. Jg. **44**, Nr. 35, S. 451—454. 1913.

Nach kurzer Erörterung der theoretischen Grundlagen schildert Verf. genau die Methodik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Über eigene Erfahrungen hofft er in einer späteren Arbeit berichten zu können. *Jonas* (Greifswald).

Evler: Zur Abderhalden'schen Reaktion. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 35, S. 1606—1607. 1913.

Evler kann auf Grund seiner Resultate die Abderhaldensche Reaktion nicht für eine spezifische Reaktion von klinischer Bedeutung halten. Er sieht den Grund für die Umwandlung von Körpereiweiß in giftige Eiweißabbauprodukte nicht in den Schutzfermenten des Körpers, sondern in den proteolytischen Fermenten der malignen Geschwulstzellen oder Bakterien. Das Auftreten von Invertase im Blutserum nach Rohrzuckereinspritzungen hält er für eine ungenügende Stütze für die Theorie der Schutz- und Abwehrfermente, da Invertin auch nach Einspritzung von Stärke- und Milchzuckerlösungen ins Blut erscheine. *Hamm* (Straßburg).

Gutman, Jacob, and Samuel J. Druskin: Experiences with the Abderhalden test in the diagnosis of pregnancy. (Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Probe zur Schwangerschaftsdiagnose.) Med. record Bd. **84**, Nr. 3, S. 99—103. 1913.

Ziemlich ausführlicher Überblick über die theoretischen Grundlagen und die Technik der Methode. Verff. begannen ihre Versuche einige Monate, ehe Abderhaldens letzte Publikation erschien, in welcher er die Technik genau beschreibt und zu ihrer genauesten Befolgung rät. Zu der gleichen Empfehlung kommen die Verff., welche zuerst auf Schwierigkeiten verschiedenster Art stießen, deren Überwindung ihnen erst gelang, als sie jede Phase der Reaktion genau studierten. Es standen ihnen 202 Fälle im ganzen zur Verfügung, bei welchen 357 Proben gemacht wurden. Sehr frühzeitige Schwangerschaften waren selten, die frühste bestand wahrscheinlich 3 Wochen. Zur Feststellung dialysierbarer Substanzen wurde nur die chemische Methode (Biuret oder Ninhydrin) angewandt. Alle Befunde lassen sich in mehrere Gruppen zusammenfassen. Bei einigen von ihnen sind noch fehlerhafte Resultate aus der Anfangszeit auszuschalten, bei anderen war der Ausfall der Probe durchaus befriedigend. Die besten Resultate ergab die letzte Gruppe von 106 Fällen mit 159 Proben, nämlich 98% richtige Befunde. Von diesen betrafen 79 Schwangere, 16 Nichtschwangere und 11 Männer, unter diesen 2 Luetiker mit positivem Wassermann. Alle diese 27 Seren von Nichtschwangeren gaben eindeutige negative Reaktion, bis auf das eine luetische. Bei diesem war eine Wiederholung der Reaktion aus Mangel an Serum nicht möglich. Von den 79 Seren von

Schwangeren fiel eines aus, von einer ektopischen Schwangerschaft stammend. 12 von den 159 Proben wurden mit Kollodium-Dialysator gemacht, 23 mit Kollodium und Schleicher und Schülls Dialysier-Säckchen, die übrigen mit den letzteren allein. Alle wurden mit Ninhydrin und 34 außerdem auf Biuret geprüft. Bei der Herstellung der Placenta ist auf unbedingte Blutleere größter Wert zu legen. Die Durchspülung mit Salzlösungen nach Schlimpert und Hendry beschleunigt den Prozeß wesentlich. Die fertiggestellte Placenta-Waschflüssigkeit muß mit Ninhydrin auf Albuminfreiheit geprüft werden, sonst muß das Waschen und Auskochen wiederholt werden. Auch die Dialysiersäckchen von Schleicher und Schüll Nr. 579, die sehr brauchbar sind, sollten immer erst geprüft werden. Kollodiumsäckchen fertigten sich die Verff. selber an. Die Dialysatoren von Schoepps in Halle waren den Verff. nicht zugänglich. Das Serum wird am besten bei leerem Magen entnommen. Die Trennung der Blutkörperchen von dem Serum soll ohne Anwendung der Zentrifuge geschehen, aber doch peinlich genau durchgeführt werden. Die Beurteilung der Färbung des Dialysates bei Ninhydrinzusatz soll derart sein, daß deutliche Unterschiede auftreten. Es ist zu berücksichtigen, daß Ninhydrin dichrotisch ist und nur nach der violetten Farbe geurteilt werden darf. Die Verff. halten die Methode für durchaus zuverlässig und empfehlenswert. Da sie jedoch ziemlich umständlich ist, soll sie bis auf weiteres nur in besonderen Laboratorien angestellt werden. Eine Vereinfachung, so daß jeder Praktiker die Probe ausführen kann, wäre wünschenswert. Die Verff. sind damit beschäftigt, die Methode zu erleichtern, ihre diesbezüglichen Erfahrungen reichen jedoch noch nicht aus, um zu einem abschließenden Urteil zu gelangen. *Gins* (Charlottenburg).

Gózony, Ludwig: Über serologische Unterschiede zwischen mütterlichem und fötalem Blutserum. (*Bakteriol. Inst., Univ. Budapest.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Orig. Bd. **19,** H. 2, S. 172—178. 1913.

Wie schon frühere Autoren (Sachs, Ryrosch, Kopf u. a.) fand auch Gózony, daß das fötale Serum des Meerschweinchens weder ein hämolysierendes noch ein baktericides Komplement enthält. Im fötalen Kaninchen- und Schweineserum fehlt ebenfalls das hämolysierende Komplement, hingegen zeigen diese Sera annähernd die gleiche Bactericidie wie das mütterliche Serum. Man kann also schließen, daß im Kaninchenserum bei der Hämolyse andere Stoffe wirksam sind als bei der Bactericidie. *Hamm.*

Le Lorier, V., Les réactions intersexuelles du sang chez le cheval. (Blutuntersuchungen bei beiden Geschlechtern des Pferdes.) (*Clin. obstétr. Beaujon.*) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2,** Nr. **4,** S. 334—337. 1913.

Fortsetzung einer früheren Arbeit. Das Ei spielt eine große Rolle bei den Graviditätstoxikosen, da es Eiweißstoffe mütterlichen wie väterlichen Ursprunges enthält. Nun bestehen biologische Unterschiede zwischen gewissen männlichen und weiblichen Eiweißstoffen; so fand Verf. gemeinsam mit Cointe, daß das Serum des Mannes menschliche Blutkörperchen dreimal häufiger agglutiniert wie das Serum der Frau. Die Versuche wurden dann beim Pferd fortgesetzt; allerdings kommen bei Pferden so schwere Graviditätstoxikosen nicht vor; infolgedessen sind auch die biologischen Unterschiede des männlichen und weiblichen Blutes viel geringer als beim Menschen. Auch die Agglutination selbst zeigt bei den Tierversuchen einen ganz anderen Charakter. Das Zusammenballen der Blutkörperchen ist nicht so fest wie man es beim Menschen sieht, die geringste Bewegung des Gläschens wirbelt die zusammengeballten Blutkörperchen wieder auf. Der Unterschied zwischen den menschlichen und tierischen Seren hängt, wie Verf. glaubt, damit zusammen, daß der zivilisierte Mensch Infektionen sehr häufig ausgesetzt ist. Sicherlich werden die biologischen Unterschiede zwischen männlichem und weiblichem Serum bei Menschen, die auf einer niederen Kulturstufe stehen, geringer sein. Zusammenfassend kommt Verf. bezüglich des Pferdeblutes zu dem Schluß, daß das Serum des Hengstes Pferdeblutkörperchen in ca. 24% der Fälle, das Serum der Stute in 37%, das des Wallachs in 27% agglutiniert. Die Blutkörperchen einer Stute scheinen für die Agglutination am geeignetsten zu sein. *Heimann.*

Mezbourian, A.: Douleurs et contractions utérines suivies de montée laiteuse au huitième mois de la grossesse. — Allaitement. — Continuation de la grossesse. (Gesteigerte Milchproduktion im 8. Schwangerschaftsmonate infolge von schmerzhaften Kontraktionen des Uterus. Säugen. Fortsetzung der Schwangerschaft.) Arch. de méd. des enfants Bd. **16** Nr. 9, S. 687—691. 1913.

Mezbourian hatte eine 30jährige kleinasiatische Türkin wegen eines Fiebers in Behandlung. Die Frau, im 8. Monate schwanger, war infolge der langdauernden Fieberkrankheit sehr hinfällig und klagte, da sie auf schlechten Wegen eine lange Wagenfahrt zum Hospital überstanden hatte, über starke Schmerzen im Unterleib. Beim Untersuchen fiel auf, daß der Uterus sich regelrecht zusammenzog, wobei man von der Scheide aus das Herabtreten des kindlichen Schädels fühlte. Nach einigen Tagen hörten Schmerzen und Kontraktionen plötzlich auf, die Kranke begann etwa 24 Stunden lang heftig zu schwitzen und schlief 4 Stunden. Am anderen Tage klagte sie über starke Schmerzen in beiden Brüsten, aus denen Milch in großer Menge abfloß. Die Kranke nährte darauf ihre kleine Schwester und kam zur rechten Zeit mit einem toten, macerierten Kinde nieder. *Bayer* (Köln).

Cramer, H.: Neue Gesichtspunkte zur Ätiologie des Hydramnion. Hydramnion infolge mangelnder Resorption des Fruchtwassers. (*Friedrich-Wilhelm-Stift, Bonn.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 3, S. 251—257. 1913.

Unter normalen Verhältnissen findet keine nennenswerte Harnabsonderung des Foetus in die Amnionhöhle statt. Damit ist der Beweis erbracht, daß das vom Foetus in so reichlichem Maße verschluckte Fruchtwasser durch die Darmwand in den fötalen Kreislauf und von da in den mütterlichen Organismus übergeht. Folglich wird das Fruchtwasser in der Norm durch Verschlucken resorbiert. Wird dieser Vorgang des Verschluckens gestört, dann ist die Möglichkeit für das Entstehen eines Hydramnion gegeben. So findet man zwanglos eine Erklärung dafür, daß Fälle von hochgradigem Wolfsrachen, von Oesophagus- oder Duodenalverschluß, von Anencephalie, hochgradiger Hemicephalie, ausgedehnten Spaltbildungen des Rückenmarkes, wo nach Verf. Meinung der Schluckreflex durch mangelnde Ausbildung des nervösen Zentralorgans ausbleibt, mit Hydramnion kombiniert sind. Ein sicherer Beweis für die Richtigkeit dieser Ansicht würde das stete Fehlen von Lanugohärchen, Epidermisschuppen und Vernix caseosa-Bestandteilen im Darmtractus des Foetus sein, wie es Verf. bei einem Fall hochgradigen Hydramnions beobachtet hat, wo das Neugeborene nach einigen vergeblichen Atemzügen ad exitum kam, weil sein zurückliegender Unterkiefer fest an die hintere Rachenwand angepreßt war. *Ehrenberg* (Berlin).

Brandt, Kr.: Missed abortion. (Forh. kir. Forening, Kristiania 1912, S. 103.) Norsk. Magaz. for Laegwidenskaben Jg. **74,** H. 14. 1913.

34 Jahre alte Frau hatte 4 anormale Geburten durchgemacht. Letzte Menstruation Mitte Juli 1911. Im November wiederholte Genitalblutungen und später nach 3 Wochen auch Fieber und Schmerzen (Wehentätigkeit?). Sie mußte das Bett ungefähr 4 Wochen hüten ohne weitere Blutung oder Abgang von Eiteilen. Seit März 1912 hat sie wieder regelmäßig menstruiert bis Oktober, als sie wegen übelriechendem Ausfluß zuerst zur Behandlung kam. Nach Dilatation des Cervicalkanals des großen und weichen Uterus wurden die Knochen eines 4 monatigen Foetus entfernt. Der eine Femur hatte die Uteruswand usuriert und beinahe spontan perforiert. Glatte Heilung. Die Ursache war ganz dunkel. *Horn* (Kristiania).

Kronecker: Einiges aus der modernen Abortbehandlung. Allg. med. Zentralzeit. Jg. **82,** Nr. 37, S. 438—439. 1913.

Die Ausführungen Verf. laufen im wesentlichen hinaus auf eine Empfehlung und Rekapitulation des therapeutischen Standpunktes Bondys in dessen Arbeit über klinische und bakteriologische Beiträge zur Lehre vom Abort. Er tritt vom Standpunkte des alten Praktikers aus entschieden für eine aktive Abortbehandlung ein, namentlich auch aus sozialen Gründen. Abgewartet wird nur, wenn entzündliche Erscheinungen in der Umgebung des Uterus nachweisbar sind. *Sieber* (Danzig).

Hegar, A.: Der fahrlässige Abort. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **18,** H. 3, S. 307—311. 1913.

Fahrlässiges Vorgehen bei der Aborteinleitung ist als fahrlässige Körperverletzung strafbar. Verf. rät dringend zu größter Vorsicht bei der Einleitung und warnt insbesondere vor dem Gebrauch der Sonde. *Schiffmann* (Wien).

Fravel, R. C.: Extra-uterine pregnancy. (Extrauterine Schwangerschaft.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18,** Nr. 9, S. 220—223. 1913.

Am Schlusse dieses Artikels, in welchem Verf., ohne neues zu bringen, das pathologisch-anatomische und klinische Bild der ektopischen Schwangerschaft schildert, berichtet Verf. über 20 selbst beobachtete und operierte Fälle. In der Anamnese konnte selten eine infektiöse Erkrankung als vielleicht ursächliches Moment festgestellt werden — 60% hatten bisher noch nicht geboren, in 90% war eine längere Zeit der Sterilität voraufgegangen. 4 mal handelte es sich um beiderseitige ektopische Eieinbettung mit Intervallen von 6 Monaten bis zu 5 Jahren zwischen diesen beiden Graviditäten. Verschiedene der einseitig Operierten kamen später mit normaler uteriner Schwangerschaft nieder. Verf. empfiehlt in jedem Falle operative Behandlung mit Schonung der 2., nicht erkrankten Tube. *Vaßmer* (Hannover).

Frazier, Ben Carlos: Ruptured tubal pregnancy-report of case. (Rupturierte Tubenschwangerschaft mit Bericht über einen Fall.) Louisville monthly journal of med. a surg. Bd. **20,** Nr. 4, S. 104—106. 1913.

Nach Demonstration eines Falles von Uterusfibromen und ektopischer Schwangerschaft von 6—8 Wochen mit Ruptur und innerer Blutung wirft Verf. die Frage auf, ob das Fibrom in eine ursächliche Beziehung zur ektopischen Gravidität zu bringen sei. In der Diskussion wird diese Frage generell verneint, wenn auch bei bestimmtem Sitz einmal ein derartiger Kausalnexus bestehen könne. *Vaßmer* (Hannover).

Unterberger jun., F.: Gleichzeitige Schwangerschaft beider Tuben. (*Diakonissen-Krankenh. d. Barmherzigkeit, Königsberg i. Pr.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 3, S. 247—251. 1913.

Gleichzeitige Gravidität beider Tuben ist sehr selten im Gegensatz zum „Rezidiv“ der Tubargravidität, wo die Gravidität beider Tuben nacheinander eintritt. Gleichzeitiges Vorkommen einer extra- und intrauterinen Schwangerschaft ist selten beschrieben, ebenso die Insertion zweier Eier in einer Tube. Von gleichzeitiger Gravidität beider Tuben sind bisher nur 16 Fälle bekannt, darunter einer, wo in der einen Tube ein Foetus mit Placenta, in der anderen zwei Föten mit einer Placenta gefunden wurden. Nach Angabe des Verf. genügt es zur Diagnose der gleichzeitigen doppelseitigen Tubargravidität, wenn in beiden Tuben Chorionzotten in gut färbbarem Zustande vorhanden sind. Die Möglichkeit, daß zuerst die eine Tube schwanger wird, die Frucht frühzeitig abstirbt und dann nachträglich auch die andere Tube geschwängert wird, lehnt Verf. ab, weil etwa 6 Monate nach überstandener Tubargravidität Chorionzotten histologisch nicht mehr nachgewiesen werden könnten. Außerdem spricht gegen eine Superfoetatio, daß nach Eintreten einer Schwangerschaft die Ovulation in der Regel sistiert. Es folgt eine selbstbeobachtete Krankengeschichte:

30 jährige Frau, eine Entbindung, danach regelmäßig menstruiert. Nach 6 wöchiger Amenorrhöe heftige Schmerzen links im Leibe und Ohnmachtsanfall. 8 Tage später gleicher Anfall mit diffusen Schmerzen. Bei der Operation fand sich ein linksseitiger Tubarabort, der zur Bildung einer kindskopfgroßen Hämatocele retrouterina geführt hatte. Rechts Tubenruptur mit kleiner peritubarer Hämatocele, die sich gut gegen die linke abgrenzen läßt. Exstirpation beider Adnexe mit Zurücklassung des rechten Ovariums. Heilung. *Rath* (Hannover).

Herrgott, A.: Vomissements incoercibles et retroversion de l'utérus gravide. (Unstillbares Erbrechen infolge von Retroversion des schwangeren Uterus.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** H. 8, S. 236—240. 1913.

Herrgott liefert einen kasuistischen Beitrag zu der schon bekannten Tatsache, daß durch den stark retroflektierten Uterus bei Schwangeren Erbrechen hervorgerufen wird. Nach Aufrichtung des Uterus hörte das Erbrechen sofort auf, stellte sich aber am anderen Tage wieder ein. Die Untersuchung ergab dann, daß der Uterus wieder in die retroflektierte Stellung zurückgefallen war und sich im kleinen Becken einzukeilen drohte. Nachdem er wieder aufgerichtet war und durch ein Pessar in der richtigen Lage festgehalten wurde, hörte das Erbrechen endgültig auf. *Bayer* (Köln).

Jaeger, A. S.: Gonorrhea in relation to pregnancy and the puerperal period. (Gonorrhöe in Beziehung zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6,** Nr. 8, S. 353—356. 1913.

Chronische Gonorrhöe oder ein akutes Aufflackern einer alten Gonorrhöe zur Zeit der Eieinpflanzung ist bedeutend ernster bezüglich einer erfolgreichen Beendigung der Schwangerschaft, als eine akute Erkrankung, die während der Schwangerschaft erfolgt. Eine individuelle und konservative Behandlung gibt den geringsten Prozentsatz an

ernsten Komplikationen und die besten Dauerresultate. Heiße Bäder und heiße Spülungen sollen in der Schwangerschaft nicht, die Zange bei der Entbindung nur nach strengster Indikation angewandt werden. Die während des Wochenbettes erfolgenden gonorrhoischen Infektionen werden am besten mit absoluter Ruhe und durch Sorge für guten Abfluß der Sekrete, d. h. durch halbsitzende Lage behandelt. Ein operatives Vorgehen soll nur bei strenger Anzeige stattfinden. *Becker* (Bonn).

Bogdanovics, Milos: Nephritis und Schwangerschaft. (*I. Univ.-Frauenklin., Budapest.*) Orvosi Hetilap. Jg. **57**, Nr. 35, S. 638. 1913. (Ungarisch.)

Verf. referiert über die mit Nephritis komplizierten Schwangerschaftsfälle der Klinik von 1903—1912. Er hält diese Komplikation für sehr gefährlich. Die Mortalität der Mütter war 17,6% und die der Kinder 36%. Die Prognose ist im allgemeinen besser bei denen, die bei chronischer Nephritis schwanger werden, als wenn infolge oder neben der Schwangerschaft akute Nephritis auftritt. Die Frauen, die im Kindesalter an akuten infektiösen Krankheiten litten, inklinieren mehr zu den Schwangerschaftsnephritiden. Die Krankheit kann die artefizielle Unterbrechung der Schwangerschaft indizieren, aber man kann selbst bei schweren Nephritiden mit strenger Diät und Ruhe das Ende der Schwangerschaft erwarten. *Frigyesi.*

Kalledey, Ludwig: Schwangerschaft nach Akromegalie. (*Univ.-Frauenklin. No. I., Budapest.*) Orvosi Hetilap. Jg. **57**, Nr. 30, S. 558. 1913. (Ungarisch.)

Verf. referiert über einen Fall von Akromegalie, bei welchem Amenorrhöe bestand. Er erreichte durch intravenöse und per os Anwendung von Ovarienpräparaten Menstruation und Gravidität. Auch die körperlichen Veränderungen gingen wesentlich zurück. *Frigyesi.*

Sellheim, Hugo: Tuberkulose und Schwangerschaft. Tuberculosis Bd. **12**, Nr. 7, S. 271—280. 1913.

Für die ärztliche Regulierung der zwischen Schwangerschaft und Lungentuberkulose bestehenden Beziehungen empfehlen sich folgende Grundsätze: Aktiv tuberkulöse, nicht schwangere Frauen haben ihre Tuberkulose unter allen Umständen zu inaktivieren, bevor sie es zur Schwangerschaft kommen lassen. Bei aktiv tuberkulösen schwangeren Frauen ist die Gravidität möglichst frühzeitig zu unterbrechen und eine weitere Schwangerschaft zum mindesten bis nach Inaktivierung der Tuberkulose zu verhindern. Bei inaktiver Tuberkulose ist nur eine schonende Betätigung der Fortpflanzung zulässig, weil die Gefahr der Reaktivierung eines inaktiv gewordenen tuberkulösen Herdes besteht. Am besten in solchen Fällen ist es, die schwangere Mutter prophylaktisch unter die allergünstigsten Lebensbedingungen zu bringen und sie in dieser Hinsicht ähnlich zu behandeln, wie wenn die Befürchtung der Reaktivierung der Tuberkulose schon eingetreten wäre. Während aktiv tuberkulöse Frauen überhaupt nicht stillen dürfen, sollen inaktiv tuberkulöse die äußerste Zurückhaltung hierin beobachten. *Weber* (München).

Heil, Karl: Die Totalexstirpation des graviden Uterus bei Phthisikerinnen. Klin.-theurapeut. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 35, S. 1017—1024. 1913.

Verf. bekennt sich als Anhänger der Totalexstirpation des Uterus bei graviden Phthisikerinnen, wie sie von Bumm inauguriert wurde, aber ohne Entfernung der Ovarien. Der Eingriff erfüllt die Forderung einzeitiger Operation, gewährt die Garantie für Sterilität und hebt die Kräfte und Säfte verbrauchende Menstruation auf. Um die nachteilige Wirkung der Allgemeinnarkose auszuschalten, empfiehlt Verf. die Lumbal- oder die Leitungsanästhesie nach E. Ruge. Trotz der ablehnenden Stimmen ist die Totalexstirpation unter der Voraussetzung strenger, eng umgrenzter Indikationsstellung von Gynaekologen und Internisten ein theoretisch und in zahlreichen Fällen bereits praktisch begründeter Eingriff. *Ehrenberg* (Berlin).

Ballerini, Giorgio: Quinckesche Krankheit und Schwangerschaft. (*Inst. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Univ. Parma.*) Gynaekol. Rundschau Jg. **7**, H. 17, S. 628 bis 629. 1913.

2 Fälle von Zusammentreffen von vorübergehendem angioneurotischen Ödem (Quinckescher Krankheit) mit Schwangerschaft. In dem einen Falle war die Erkrankung von Herzneurose und vollständigem Situs viscerum inversus begleitet. Pathogenetisch sind solche angioneurotischen Störungen als der Ausdruck einer Dys-

thyreose anzusehen, eine Annahme, die eine Stütze findet in dem nach thyreoidaler Behandlung in dem einen Falle erfolgten Schwinden der Störungen sowie der Herzneurose. Die Schwangerschaft scheint durch das gleichzeitige Bestehen der Erkrankung keinerlei Störung zu erleiden, umgekehrt wird der Verlauf der letzteren in sehr beschränktem Maße, nur indirekt und sekundär, von ersterer beeinflußt. Daß zwischen beiden Vorkommnissen ein inniger Zusammenhang besteht, beweist der Umstand, daß die Erkrankung in dem einen Falle mit der Schwangerschaft einsetzt und auch nach der Entbindung bei fortdauernder Amenorrhöe fortbesteht; eine genügende Erklärung für diesen Zusammenhang haben wir heute noch nicht. *Sieber* (Danzig).

Gellhorn, George: Exophthalmic goiter and pregnancy. (Exophthalmus, Struma und Schwangerschaft.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 2, S. 330—331. 1913.

Verf. Ansichten über die Bedeutung des Basedow für Gravidität lauten: Das Zusammentreffen von Basedow und Gravidität, in manchen Fällen von geringer Bedeutung, kann eine schwere Gefahr für die Mutter bedeuten und verlangt bei Zunahme der Symptome und Erfolglosigkeit der internen Therapie die sofortige Unterbrechung der Gravidität, am besten mittels vaginalen Kaiserschnitts in Rückenmarksanästhesie. Patienten mit ausgesprochenem Hyperthyreoidismus sollen nicht heiraten. Falls Basedow in der Ehe auftritt, soll Gravidität verhütet werden, daher muß beim vaginalen Kaiserschnitt die operative Sterilisierung ausgeführt werden. *Vaßmer* (Hannover).

Puech, P., et J. Vanverts: Tumeurs de l'ovaire et grossesse. (Ovarien-Tumoren und Schwangerschaft.) Rev. franç. de méd. et de chirurg. Jg. **10**, Nr. 16, S. 243—247. 1913.

1316 Beobachtungen seit Remy (1886). Dermoide 27%, solide Tumoren 2,5%. Ovarientumoren vermindern bloß die Möglichkeit der Schwängerung. In 12,5% Früh- oder Fehlgeburt durch Komplikationen, Umfang der Cyste, Adhäsionen. Auf das Wachstum der Tumoren scheint die Gravidität nur bei Bösartigkeit fördernd zu wirken. Stieldrehung in 17% (gegenüber 5—14% außerhalb der Schwangerschaft), namentlich bei kleinen, in der Bauchhöhle gelegenen Tumoren. Cystenruptur 3,5%, gewöhnlich verhängnisvoll. Desgleichen Vereiterungen. — Die Geburt stören nur Beckentumoren der Eierstöcke, durch Veranlassung falscher Einstellung und Verlagerung des Uterus, dadurch häufig Vorfall von Kindesteilen, sekundäre Wehenschwäche, Uterusruptur. Die Geburt wird ermöglicht durch Hinaufgleiten, Abplatten oder Ruptur, selten durch Geburt des Tumors aus der zerrissenen Scheide. Im Wochenbett manchmal Vereiterung oder Stieldrehung. Diagnose: Manchmal verdeckt der Uterus den Tumor, manchmal der Tumor die Gravidität. Tubenschwangerschaft, gestielte Fibrome, Retroflexion des schwangeren Uterus, Hydraminos geben zu diagnostischen Irrtümern während der Schwangerschaft Anlaß. Bei schweren Erscheinungen zur Sicherung der Diagnose Laparotomie. Die mütterliche Mortalität hierbei beträgt heute bloß noch 6% (1861 31,5%). In der Schwangerschaft gefährden mehr die abdominalen, in der Geburt mehr die Beckentumoren. Kindliche Mortalität in der Schwangerschaft 13,5% (häufige Unterbrechung der Gravidität), in der Geburt 23% (1852 83%). Therapie in der Schwangerschaft: I. Abdominale Tumoren: 1. Einleitung von Abort oder Frühgeburt, abzulehnen 2. Punktion der Cyste nur im Notfall, 3. Ovariotomie, am erfolgreichsten hinsichtlich Erhaltung der Gravidität in der 1. Hälfte, jederzeit indiziert bei raschem Wachstum, Malignität, Stieldrehung, Ruptur, Eiterung. II. Beckentumoren: 1., 2. und 3. wie oben. Wertlos ist 4. Hochschieben des Tumors. 5. Ovariotomie, am besten in der 1. Hälfte der Gravidität, in der 2. durch Abwarten bis Beginn der Geburt zu ersetzen. Stets abdominal! Doppelseitige Tumoren sind keine Gegenindikation. Technik: Besonders genaue Stielversorgung und Bauchdeckennaht. — Therapie während der Geburt: I. Abdominale Tumoren. Forceps, Wendung, künstliche Dehnung der Cervix sind erlaubt, nicht bei: II. Beckentumoren. 1. Hochschieben

des Tumors, schonend in Narkose bei Knieellenbogen- oder Beckenhochlagerung ausgeführt, ist wertvoll. 2. Punktion der Cyste, unmöglich oft bei soliden Tumoren oder Dermoiden, sonst symptomatisch wertvoll. 3. Incision der Cyste von der Scheide aus, oft gefährlich durch Entzündung, Vereiterung der Cyste oder Peritonitis. 4. Ovariotomie, gefolgt von spontaner Entbindung oder Forceps. Bei starker Verwachsung oder Einkeilung des Tumors Kaiserschnitt, gefolgt von Ovariotomie, die bei Malignität und Verwachsung, Schwierigkeit der Exstirpation und schlechtem Zustand der Patientin wegfallen kann. — Therapie in der Nachgeburtsperiode: Künstliche Lösung der Placenta nur, wenn der wieder vorgeglittene Tumor die Ausstoßung derselben verhindert. — Therapie im Wochenbett: Laparotomie, wegen deren Gefährlichkeit im Puerperium nur bei schweren Erscheinungen. Die nicht ganz seltenen Tumoren (Luteincysten) des Ovariums, gleichzeitig mit Traubenmole, bilden sich gewöhnlich selbst zurück.

Mohr (Berlin).

Violet, H.: Kyste de l'ovaire et grossesse au début; ablation du kyste et du corps jaune; pas d'avortement. (Ovarialcystom und Schwangerschaft im Beginn; Abtragung der Cyste und des gelben Körpers; kein Abort.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 4, S. 247—248. 1913.

23jährige Erstgebärende mit beginnender Gravidität und einer Parovarialcyste, welche Stieldrehungserscheinungen machte. Entfernung der Cyste mit dem dazugehörenden Ovarium, welcher das Corpus luteum trägt. Trotzdem kein Abort, so daß dieser Fall der Annahme von Frankel widerspricht, daß die Anwesenheit des Corpus luteum graviditatis zur Entwicklung der Schwangerschaft unbedingt notwendig sei. Ferner war der Pavillon der zugehörigen Tube sehr stark verzerrt, so daß man annehmen muß, daß eine Überwanderung des Eies durch die andere gesunde Tube stattgefunden habe.

Frankenstein (Köln).

Violet, H.: Fibrome et grossesse, ablation d'un gros fibrome sous-péritonéal; conservation de l'utérus gravide; avortement. (Myom und Schwangerschaft; Abtragung eines großen subserösen Myoms; Zurücklassen des graviden Uterus; Abort.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 4, S. 246—247. 1913.

Die Operation machte sich bei einer 45jährigen Multiparen im 4. Schwangerschaftsmonate nötig, durch Schmerzattacken, welche durch Stieldrehung des gestielten Tumors verursacht wurden. Der Tumor war mit Netz, Darm und Peritoneum parietale verwachsen, ließ sich aber von dem Uterus leicht lösen. Trotzdem trat 2 Tage nach der Operation Abort ein.

Frankenstein (Köln).

Geburt:

Welz, W. E.: The use of pituitrin in obstetrics, with report of sixty-one cases. (Der Gebrauch von Pituitrin in der Geburtshilfe mit Bericht über 61 Fälle.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. 12, Nr. 9, S. 464—467. 1913.

Bericht über 49 geburtshilfliche Fälle der Privatpraxis, in denen Pituitrin zur Anwendung kam. Bei der starken Wirkung ist Vorsicht in der Anwendung geboten. Kontraindiziert hält Verf. das Pituitrin in allen Fällen, in denen ein Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken besteht und ein Hindernis vorliegt. Ferner bei Wehenschwäche, die aus Erschöpfung der Kreißenden resultiert. Den besten Erfolg erzielt man, wenn der Muttermund nahezu erweitert ist, es läßt sich dann oft der Forceps vermeiden, doch soll der Geburtshelfer nach der Injektion die Kreißende nicht mehr verlassen wegen der Gefahr einer ev. Sturzgeburt. In einem Falle sah Verf. nach Pituitrin eine tonische Kontraktion von $^1/_2$ Stunde Dauer, $^1/_4$ Stunde nach der Injektion war die Geburt mit lebendem Kinde beendet. Unter den 49 Fällen handelte es sich 31 mal um Erstgebärende, die Durchschnittszeit von der Injektion bis zum Ende der zweiten Geburtsperiode betrug 3,8, bis zur vollständigen Beendigung der Geburt 17,1 Stunden. Für die 18 Mehrgebärenden betrugen die gleichen Durchschnittszeiten 3,17 und 9,8 Stunden. 45 mal genügte 1 ccm, je 1 mal würden 2, 3, 4 und 5 ccm gegeben ohne schädliche Folgen außer 2 leichten Asphyxien, die Verf. aber auf die lange Geburtsdauer zurückführen möchte. Für post-partum-Blutungen hält Verf. Ergotinpräparate für wirkungsvoller und sieht den Nutzen des ev. gleichzeitig verabreichten Pituitrins in einer Verstärkung des Tonus der Uterusmuskulatur.

Vaßmer (Hannover).

Ehrenfest, Hugo: Drugs in uterine inertia. (Arzneimittel bei Wehenschwäche.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. 68, Nr. 2, S. 331—332. 1913.

Hinweis auf die wehenverstärkende Wirkung, welche einige allgemeine Stimulantien

wie Alkohol, Strychnin, Morphium (in kleinen Dosen), Zucker (50 g in 500 Flüssigkeit), sowie die lokalen uterinen Stimulantien wie Chinin, Ergotin, Pituitrin auf die primäre und sekundäre Wehenschwäche besitzen. *Vaßmer* (Hannover).

Genter, H.: Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. (*Milit. med. Akad. St. Petersburg.*) Dissertation: St. Petersburg. 455 S. (Russisch.)

Historische Einleitung. Begriffsbestimmung. Häufigkeit des Vorkommens: die Sammelstatistik des Verf. ergibt nach Literaturangaben 0,12% (722 Fälle auf 586,736 Geburten), nach eigenem Material 0,17% (86 Fälle auf 45,999 Geburten der kaiserlichen Entbindungsanstalt und der gynaekologischen Abteilung des Obuchowhospitals St. Petersburg). Mechanismus der vorz. Lösung. Ätiologie: Trauma relativ selten; Kürze der Nabelschnur, später Blasensprung von geringer klinischer Bedeutung. Wichtiger Hydramnion, Zwillinge, Querlage, enges Becken, zu starke Wehen. Am wichtigsten Nierenveränderungen (mit oder auch ohne gleichzeitige Veränderungen an der Placenta und Decidua basalis) Diagnose. Pathologische Anatomie: Veränderungen an Placenta und Uterus zuweilen nicht nachweisbar; häufig weicher Infarkt, Hämorrhagien in dem Placentargewebe; starke Veränderungen (entzündlichen und degenerativen Charakters) zeigt die Deciduabasalis, zuweilen auch in der Uteruswand entzündliche Prozesse. Blutungen nachweisbar. Zuweilen — Risse des peritonealen Überzuges infolge Überdehnung des Uterus (Fissura uteri peritonealis). Akute und chronische Nierenveränderungen in einer Reihe von Fällen nachgewiesen. In der Leber können Veränderungen wie bei Eklampsie gefunden werden. Prognose: Für das Kind berechnet Verf. nach fremdem Material eine Mortalität von 81,6%, nach eigenem = 82,2%. Für die Mutter sind die entsprechenden Zahlen 23,1% resp. 22,1%. Für Mutter und Kind Prognose desto schlechter, je früher die Placentarlösung während der Geburt einsetzt. Nach der Geburt — Gefahr der atonischen Blutung. Therapie: Tamponade zwecklos. Individualisierende Behandlung. Blasensprung in leichteren Fällen bei vorhandener guter Wehentätigkeit; in schweren Fällen — vag. Kaiserschnitt oder auch Sectio caesarea classica. Bei schweren atonischen Blutungen und Versagen konservativer Behandlungsmethoden — mit der Uterusexstirpation nicht zu lange zögern. — Die Arbeit enthält eine tabellarische Übersicht über 493 aus der Literatur gesammelte Fälle und außerdem 86 ausführliche eigene Krankengeschichten. *Hein* (St. Petersburg).

Bársony, Johann: Die Eklampsie. Pester med. chirurg. Presse Jg. **49**, Nr. 35, S. 285—289 u. Nr. 36, S. 293—296. 1913.

Nach einer kurzen historischen Übersicht über die Wandlungen in der Therapie der Eklampsie bekennt sich Bársony zum Anhänger der kombinierten Behandlung nach Zweifel und Stroganoff mit geringen Abweichungen.

Die Behandlung gestaltet sich demgemäß folgendermaßen: 1. Bei der Aufnahme Entnahme von 500 g Blut. 2. Darreichung von Narkotika nach Stroganoff. 3. Wenn durch den Mastdarm Chloralhydrat nicht gereicht werden kann, an dessen Stelle 2 ccm Bromnatrium der erwärmten 50 proz. Bromnatriumlösung intravenös. 4. Alle 4—8 Stunden Locke-Infusion subcutan. 5. Später nach Bedarf Wiederholung der Blutentnahme (200—300—500 g). 6. Zu jedem Eingriff Chloroformbetäubung. An den ersten zwei Tagen des Wochenbetts noch dreimal 1,5 g Chloralhydrat. Geburtshilfliche Operationen werden nur ausgeführt, wenn sie leicht ausgeführt werden und eine Abkürzung der Geburtsdauer ohne Gefahr herbeiführen können. Verf. behandelte auf diese Weise 9 Eklampsien zum Teil in extremis ohne Todesfall.

Hohl (Bremerhaven).

Benedek, Ladislaus: Das Vorkommen des Babinskischen Phänomens bei organoider Eklampsie. (*Neurol. u. psychiatr. Klin., Univ. Klausenburg.*) Neurol. Zentralbl. Jg. **32**, Nr. 17, S. 1087—1090. 1913.

Benedek konnte bei einer, an Krämpfen im 7. Monat der Gravidität plötzlich erkrankten, bewußtlosen, 24 jährigen Schwangeren, die unentbunden am 6. Krankheitstage unter den Erscheinungen eines Lungenödems im tiefen Coma zugrunde ging, nachdem die am ersten Tage der Erkrankung häufiger aufgetretenen Krampfanfälle in den späteren Tagen ganz schwanden, schließlich aber am letzten Tage schnell hintereinander wiederkehrten, zu jeder Zeitphase der Erkrankung, auch zwischen den Anfällen das Babinskische Großzehenphänomen nachweisen, was auf eine Funktionsstörung der Pyramidenbahnen hinweist. Obwohl, nach Ansicht des Verf., ein für Eklampsie typischer Obstruktionsbefund hier nicht vorhanden war, und auch Eiweiß im

Urin nicht nachzuweisen war, hält B. die von ihm beobachteten Krampfanfälle doch für eklamptische, weil, im Gegensatz zur Epilepsie, hier auch zwischen den Anfällen das Babinskische Großzehenphänomen stets vorhanden war und für Hysterie alle Anhaltspunkte fehlten.

Er schlägt vor, solche Eklampsien, bei denen, wie hier, kein typischer Obduktionsbefund vorhanden ist, als „organoide“ Eklampsien zu bezeichnen, analog dem Vorschlage Lewandowskys, der unter den ohne pathologisch-anatomischen Befund verlaufenden Neurosen die Chorea minor und Paralysis agitans durch die Bezeichnung „organoid“ scharf von den rein funktionellen Neurosen unterscheidet. „Die Bezeichnung würde nach ihm darauf hinweisen, daß, trotzdem bei diesen Erkrankungen keine anatomische Grundlage gefunden worden ist, hier doch, der Symptomatologie nach, ein vorübergehender oder dauernder Ausschluß solcher Elemente vorliegt, deren Zerstörung die Grundlage anderer organischer Leiden bildet.“ B. glaubt deshalb, daß auch die Bezeichnung „organoid“ für die meisten Fälle von Eklampsien, welche, wie im vorliegenden Falle, keine gröberen anatomischen Veränderungen des Nervensystems zeigen, wohl zutreffend wäre. *Dienst* (Breslau).

Zinke, E. Gustav: A critical review of the medical and surgical treatment of puerperal eclampsia. (Eine kritische Übersicht der internen und chirurgischen Behandlung der puerperalen Eklampsie.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 22, S. 603—612. 1913.

Nachdem Verf. schon vor Jahren auf die günstigen Resultate der internen Behandlung der Eklampsie speziell bei Anwendung des Veratrum viride hingewiesen hatte, wendet er sich in dieser kritischen Übersicht mit besonderer Schärfe gegen die moderne chirurgische Behandlung speziell mittels Kaiserschnitt und Nierenentkapselung und zeigt unter Gegenüberstellung der Resultate chirurgischer und interner Behandlung, aus den verschiedenen, besonders deutschen Statistiken zusammengestellt, daß z. B. für den Kaiserschnitt die mütterliche Mortalität 32,32%, die kindliche 19,9% beträgt, während die interne Behandlung nur 12%, die Nierenentkapselung 27% mütterliche Mortalität, also anscheinend eine deutliche Überlegenheit der internen Behandlung ergab.

Für die Behandlung mit Veratrum viride gibt Verf. am Schluß detaillierte Vorschriften und zwar soll stündlich, bis der Puls auf 60 pro Minute heruntergegangen ist, 25 drops of 15 m (1 cc.) der Noorwodtinktur subcutan gegeben werden, doch sollen selten mehr als 2 oder 3 Dosen notwendig sein; fällt der Puls innerhalb einer Stunde von 150 auf 100, so sollen nur 10 Tropfen weiterhin pro Injektion gegeben werden. Neben dieser Medikation macht Verf. reichlichen Gebrauch von salinischen Abführmitteln, Darmspülungen, heißen Bädern (bis 2 pro die) und Packungen unter ausschließlicher Milch- und Fleischbrühediät und ev. rectaler oder intravenöser Infusion von „Fischerscher Lösung“. Den Gebrauch von Chloroform und Morphium verwirft Verf. ganz und gibt zur Beruhigung Choral, zur Narkose Äther. Wenn eine schonende Entbindung per vias naturales möglich ist, empfiehlt auch Verf. die Zange, wie er unter gewissen Bedingungen auch die Sectio caesarea für indiziert hält. *Vaßmer.*

Ries-Finley, Anna: Uterine dystocia, secondary to mitral stenosis. (Erschwerung der Geburt durch Mitralstenose.) Northwest med. Bd. **5**, Nr. 7, S. 196—197. 1913.

24jährige IV. p.; Albumen negativ. Puls schlecht gespannt, irregulär. Mitralstenose mit Herzerweiterung. Nach 2tägiger, sehr erschöpfender Gebärtätigkeit Forceps. Hierauf atonische Blutung. Entfernung der Placenta; neuerlich schwere Atonie. Ergotin, Massage; für das ganz erschöpfte Herz Chinin und Strychnin. Bleibende Arbeitsunfähigkeit.

Verf. führt im allgemeinen aus, daß Vitien während Schwangerschaft und Geburt bei intaktem Myokard kaum jemals gefährlich werden. Von allen Klappenfehlern sei die Mitralstenose während der Geburt am verhängnisvollsten. Das nächst Wichtige seien Läsionen der Aortaklappen. Aortenstenose ohne Mitralstenose kommt bei Frauen selten vor. Hat ein Herzfehler vor der Schwangerschaft Symptome gemacht, so wird er während derselben meist schlechter. Gehäufte Schwangerschaften bilden für ein krankes Herz ein größeres Risiko; wenige Schwangerschaften in größeren Intervallen sind weniger gefährlich. *Hofstätter* (Wien).

Arnold, J. O.: Acute dilatation of the heart following labor. (Akute Herzdilatation nach der Geburt.) (Transact. of the obstetr. soc. of Philadelphia, meet. 3. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. **Bd. 68,** Nr. 2, S. 336—338. 1913.

Schwerer Fall akutester Kreislaufstörung, der dem ganzen Verlaufe nach als partielle Embolie der Arteria pulmonalis aufgefaßt werden muß (in der Diskussion deutet ihm E. A. Schumann in gleicher Weise, entgegen der Ansicht des Verf.). 38jährige II. para von fast 200 Pfund Gewicht; früher gesund; seit der ersten Geburt vor 3 Jahren etwas kurzatmig. Spontane Geburt von nur 3 Stunden Dauer; kleines Kind; keine Verletzungen; kein größerer Blutverlust. Guter Puls, völliges Wohlbefinden der Wöchnerin. 14 Stunden nach der Geburt, im Anschlusse an den Versuch der Frau, sich zum Stillen des Kindes im Bette aufzusetzen, plötzlich hochgradige Atemnot, Cyanose; nach wenigen Minuten Pulslosigkeit, blutig-schaumiger Auswurf, kalter Schweiß, Bewußtlosigkeit. Injektionen von Strychin, Atropin und Branntwein, welcher zufällig zur Hand war; nach einer bangen halben Stunde beginnt sich die Patientin von ihrem fast hoffnungslosen Zustande zu erholen. In den nächsten Tagen noch blutigtingierter Auswurf und Pulsarhythmien; vom 4. Tage an ein deutlicher Erguß in der rechten Pleura. Schließlich vollkommene Heilung. *Schmid* (Prag).

Schwarzwäller: Über den Kegelkugelhandgriff. Zentralbl. f. Gynaekol. Bd. **37,** Nr. 35, S. 1289—1290. 1913.

Es handelt sich um den von Liepmann angegebenen Griff zur Korrektur der Vorderhauptslagen. Die Hand erfaßt den Kindskopf wie eine Kegelkugel und gibt ihm die turbinale Drehung, bis die kleine Fontanelle unter die Schoßfuge tritt. Die äußere Hand schiebt die vordere Schulter der Drehung des Kopfes entsprechend auf die andere Seite. Verf. hat den Handgriff 18 mal angewandt, stets mit gutem Erfolg. Im Anschluß daran wurde die Geburt mit Zange beendet. Der Eingriff wird als ungefährlich geschildert im Gegensatz zu der Drehung des Kopfes mittels der Zange nach Scanzoni und zu der Extraktion in Vorderhauptslage. Zugleich kann man die Scheide und den rigiden Muttermund dehnen und letzteren über den Kopf zurückschieben. *Hüffell* (Darmstadt).

Rudolph: Über artifizielle Scheidendammdehnungen intra partum. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 32, S. 1191—1193. 1913.

Um die darniederliegende Wehentätigkeit anzuregen, schlägt Verf. vor, Scheidendammdehnung zu machen.

Einführen von Zeige- und Mittelfinger in die Scheide und Dehnung teils in der Richtung zu den tubera ischii, teils nach hinten. Es werden durch diese Dehnungen nicht nur Wehen erzeugt, sondern es erfolgt auch eine Erweiterung des Vulvaringes. Grundbedingung exakte Händedesinfektion (Gummihandschuhe), den Hebammen ist dieser Handgriff nicht gestattet. *Frank* (Olmütz).

Fleurent, H.: Über Zangenanwendung in der Privatpraxis. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 99—106. 1913.

Verf. berichtet über seine Erfahrungen über die Anwendung der Zange in der Privatpraxis, die er in 10jähriger Tätigkeit gesammelt hat. Der vollständig ablehnende Standpunkt Menges kann in der Praxis nicht aufrechterhalten werden. Die Zange muß in der Privatpraxis auch häufig bei relativer Indikation angewendet werden und ist in solchen Fällen in der Hand eines geübten Geburtshelfers ein erlösendes Instrument, vorausgesetzt, daß es sich nur um typische Zangen handelt. Schwierige und atypische Zangenoperationen dürfen nur bei Gefahren für Mutter oder Kind ausgeführt werden. *Hohl* (Bremerhaven).

Zickel, Georg: Seltene Art des Kaiserschnittbeckens. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 36, S. 1732—1733. 1913.

Kaiserschnittbecken, bei dem die Beckenverengerung durch einen tuberkulösen Drüsentumor verursacht wird. Die exakte Diagnose gelingt erst durch die mikroskopische Untersuchung eines bei der Sectio exstirpierten Drüsenpakets. *Schiffmann* (Wien).

Jeannin, Cyrille: Comment conçoit-on actuellement en France la technique de l'opération césarienne abdominale. (Über die derzeitge Technik des abdominalen Kaiserschnittes in Frankreich.) Presse méd. **Jg. 21, Nr. 65,** S. 663—666. 1913.

Jeannin hält sich im allgemeinen an die Vorschriften Couvelaires. Man operiere außerhalb der Bauchhöhle. Der Bauchschnitt wird median in einer Länge von 25—30 cm angelegt.

Vollständiges Vorwälzen der Gebärmutter, möglichst exaktes Abdichten der Peritonealhöhle. Der Uterusschnitt wird vom Fundus aus ganz median 16—20 cm weit herabgeführt. In der Medianlinie sind die wenigsten Gefäße; man hüte sich zu tief in die Cervix zu schneiden. Fällt der Uterusschnitt gerade über die Placenta, so darf man diese nicht durchtrennen, sondern mit der Hand lösen und seitlich davon die Eihäute eröffnen. Für gewöhnlich sei eine Tamponade des Uterus nicht nötig; nur in jenen Fällen, wo der Gebärmutterhals nicht durchgängig ist, die Eihäute nicht vollständig entfernt werden können, oder der Uterus atonisch ist, müsse man tamponieren. Sonst genüge die Naht, die eigene Kontraktion des Uterus und eine zu Beginn der Operation verabfolgte Ergotininjektion. Der Gebärmuttermuskel wird durch eine einzige Schicht von Seidennähten geschlossen. Diese Nähte gehen durch den ganzen Muskel, lassen jedoch die Mucosa frei. Eine Drainage des Abdomens ist für gewöhnlich (in reinen Fällen) nicht nötig. *Hofstätter* (Wien).

Baldwin, J. F.: Caesarean section with hysterectomy in cases of positive infection. (Kaiserschnitt mit Uterusexstirpation bei infizierten Fällen.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 8, S. 372—373. 1913.

Verf. will durch das Porrosche Verfahren die Kraniotomie des lebenden Kindes umgehen und berichtet über einen günstig verlaufenen Fall.

29jährige Frau, erste Geburt (vorher ein Abortus); Wehenschwäche; Stirneinstellung; Forcepsversuch mißlingt; Erschöpfung der Gebärenden; Puls 130, Temperatur 104,6° F. Sectio caesarea; an der Innenfläche des Uterus, entsprechend der Stelle, an welcher der kindliche Kopf gegen das Schambein angedrückt gewesen war, eine offenbar nekrotische Partie der Uteruswand. Supravaginale Entfernung des Uterus mit Zurücklassung eines Eierstockes. Appendektomie. Heilung.

Großen Wert legt Verf. auf ausgiebige Jodtinkturdesinfektion, von welcher er bei mehreren tausend Operationen niemals eine Schädigung beobachten konnte. Namentlich empfiehlt er eine gründliche „Überschwemmung" der infizierten Uterusinnenfläche nach Entwickelung des Kindes, bis Jodtinktur unten zur Vagina herausrinnt. — Die weite Indikationsstellung des Verfassers bei der Hysterektomie illustriert ein zweiter, anhangsweise mitgeteilter Fall:

15jähriges Mädchen; normale Geburt; 7 Tage post partum Steigerung von Temperatur und Pulsfrequenz; am 8. Tage weitere Steigerung; Patientin macht einen septischen Eindruck; es wird der subinvolvierte Uterus supravaginal amputiert, außerdem ein Ovarium, die Tuben und der Wurmfortsatz entfernt; Thromben im Ligamentum latum; „akute Infektion" der Placentarstelle. — Heilung. *Schmid* (Prag).

Bertino, A.: Contributo clinico e considerazioni sul taglio cesareo extraperitoneale. (Klinischer Beitrag und Betrachtungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Sassari.*) Rass. d'ostetr. e ginecol. Jg. **22**, Nr. 1, S. 1—14. 1913.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt, welcher die Eröffnung der Peritonealhöhle zwecks Vermeidung einer Peritonitis besonders bei infizierten oder suspekten Fällen umgehen sollte, ist in seiner Indikation noch lückenhaft, nachdem auch das breit eröffnete Beckenzellgewebe eine sehr günstige Eingangspforte für Infektionskeime bildet. Durch Mitteilung dreier so operierter Fälle will Verf. einen Beitrag zu dieser Frage liefern.

I. Fall. I para. Platt. rach. allg. vereng. Becken. Conj. v. 7,9. Schwangerschaftsende. Muttermund vollständig erweitert. Abfluß des Fruchtwassers vor 2 Tagen. Wiederholt tuschiert. Leichtes Fieber. Querer Schnitt nach Pfannenstiel. Kleine Eröffnung des Peritoneums. Naht. Abschieben der Blase. Medianer Schnitt des unteren Uterinsegmentes nach Spreizung der Recti. Extraktion des Kindes (3680/52 lebend). Etagennaht. Fieberhaftes Wochenbett wegen leichter Pneumonie. — II. Fall. VI para (4 mal tote Kinder — 1. Wendung, 2. Forceps, 3. Wendung, 4. Extraktion. 1 mal lebendes Kind, Forceps). — Stehende Fruchtblase. Muttermund auf 4 cm erweitert. Kopflage. Vorlagerung der Nabelschnur. Auswärts untersucht. Normale Temperatur. Rachit. plattes Becken; Conj. v. 7,8. Operation wie oben. Extraktion des Kindes mit Forcepsblatt als Hebel. (3500/50 lebend.) Manuelle Placentalösung. Etagennaht. 12tägiges Fieber im Wochenbett wegen Darmkomplikation (?). — III. Fall. 27jährige intelligente Zwergin, 1 m 25 hoch, 27 kg schwer. I para, Schwangerschaftsende. Becken: Circumf. 58$^1/_2$, Sp. 16$^1/_2$, Cr. 18, Btr. 22$^1/_2$, Obl. 17$^1/_2$, Conj. extr. 17$^1/_2$, C. diag. 8,5 Conj v. 7,0. Fruchtblase gesprungen. Muttermundseröffnung 7 cm. Kein Fieber, untersucht (?). Operation wie oben: Extraktion des Kindes (2800/48 lebend). Manuelle Placentalösung, Etagennaht. Fieber. Eitriges übelriechendes Lochialsekret, dann schwere Zellgewebseiterung. Durchbruch sämtlicher Nahtschichten nach Uterus und außen. Endlich Heilung. Anbetracht der Zellgewebsinfektion

rät Verf. immer eine Gazedrainage auf 48 Stunden einzulegen, welche wohl die Ästhetik und die Solidität der Narbe kaum beeinträchtigen dürfte. — Der Vorgang der Operation folgte den Angaben Latzkos. *Gattorno* (Triest).

Wochenbett:

Frost, Conway A.: Nerves and the nursing mother. (Die Nerven der stillenden Mutter.) Arch. of pediatr. Bd. **30**, Nr. 8, S. 608—610. 1913.

Autor wünscht, dieselbe Zeit würde dem Studium der nervösen Störungen des Stillgeschäftes gewidmet wie der Zusammensetzung der Tiermilch und der Erfindung künstlicher Nährpräparate. Diätfehler der Mutter korrigiert diese selbst oder der Arzt. Gewöhnlich aber denkt niemand an nervöse Störungen. Autor sieht die unheilvolle Wirkung derselben in der Zunahme der Protoide und vermehrt (bei gemischter Ernährung) die Zahl der Flaschenmilchmenge vorübergehend. Fette werden nach J. Coplick vermehrt, also wohl auch Salze, Enzyme, Alexine. Ein eingehendes Studium ist hier nötig. *Mohr* (Berlin).

Pazzi, M.: Protesi addominale ginecologica. (Eine Leibbinde für Frauen.) (Soc. Emina e Marchigiana di ostetr. e ginecol., 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. **18**, Nr. 7, S. 102—106. 1913.

Empfehlung einer das ganze Abdomen bedeckenden elastischen Binde (Fabrikant Ditta Politi, Bologna, Zamboni 6). *Albrecht* (München).

Bonazzi, O.: Su una forma di localizzazione settica puerperale. (Über eine Form lokalisierter septischer Puerperalinfektion.) Rass. d'ostetr. e ginecol. Jg. **22**, Nr. 4, S. 209—215. 1913.

III. para bekam nach spontaner und normaler Geburt im Wochenbette Fieber, welches auf kleine Scheiden- und Collumrisse, dann auf Endometritis zurückzuführen war. Sie wurde mit Jodpinselungen und Intrauterinirrigation behandelt (verdünnter Alkohol). Nach 12 resp. 15 Tagen erfolgte ein Aufsteigen der Temperatur und es entwickelte sich links ein Adnextumor, welcher zum Transporte auf die Klinik zwang. Hier wurde der Tumor durch Laparotomie exstirpiert. Heilung.

Verf. hält diesen Fall für eine per continuitatem aufsteigende Streptokokkeninfektion. Als Praktiker auf dem Lande rät er in solchen Fällen, von jeder intrauterinen Manipulationen abzusehen und einfach mit Jodtinktur die Scheidenwunden zu bepinseln, Collargolinjektionen vorzunehmen und durch Eisumschläge Antiphlogose zu üben, eventuell durch allgemeine kalte Laken das Fieber zu bekämpfen, dann, sobald es möglich ist, die Kranken der Anstalt zu überliefern. *Gattorno* (Triest).

Jacobson, Sidney D.: Septate uterus causing fatal puerperal septicemia. (Uterus septus duplex, als Ursache einer letal endenden Wochenbettsepsis.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 27. II. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 111—112. 1913.

Demonstration eines Uterus septus duplex. In der einen Hälfte fanden sich 3 Tage post partum übelriechende Massen, die als falsche Decidua angesprochen wurden; es wurde curettiert und mit Alkohol gespült, da eine Operation (Exstirpation des Uterus) abgelehnt wurde. Nach einer vorübergehenden Besserung mußte doch noch die Hysterektomie gemacht werden. Nach weiteren 24 Stunden Exitus infolge Lungenembolie. *Elten* (Charlottenburg).

Le Masson, C.: Cas d' infection puerpérale grave survenu 7 jours après l'accouchement et guéri par les injections de sérum antistreptococcique. (Ein Fall von schwerer Puerperalinfektion am 7. Tage nach der Entbindung, geheilt durch Injektionen von Antistreptokokkenserum.) Rev. prat. d'obstétr. et de paediatr. Jg. **26**, Nr. 290, S. 216—221. 1913.

29jahr. I-Para. Vorzeitiger Blasensprung; 24 Stunden später spontan verlaufende Frühgeburt. Wochenbettsverlauf ungestört bis zum 7. Tage. Dann plötzlich Schüttelfrost, 40,9 Temperatur und 130—140 Puls. Es kann sich nur um Puerperalinfektion handeln. Innerhalb 24 Stunden 80 ccm Antistreptokokkenserum (Institut Pasteur) in drei Injektionen. Am nächsten Tag wieder 2 mal 40 ccm. Der Schüttelfrost wiederholt sich nicht, Temperatur und Puls werden im Laufe der 2tägigen Behandlung wieder normal. Verf. glaubt den günstigen Ausgang des Falles der eingeleiteten Behandlung zuschreiben zu dürfen und hält die Wirkung der Seruminjektionen für um so günstiger, je früher sie angewandt werden. *Lamers* (Amsterdam).

Tumminia, Pietro: Contributo allo studio della patogenesi e della terapia dell'infezione puerperale. (Beitrag zur Pathogenese und Therapie der Puerperalinfektion.) (*Osp. civ., Palermo.*) Morgagni Jg. **55**, T. 1, Nr. 8, S. 315—320. 1913.

Die Arbeit ist hier unvollständig wiedergegeben. Verf. hat bei 12 an Puerperalfieber erkrankten Frauen intravenöse Sublimatinjektionen gemacht, daneben auch noch andere Maßnahmen getroffen. Von den Kranken wurden umfangreiche Blut- und Sekretuntersuchungen gemacht. Zwei Patientinnen, die in schlechtem Zustand in die Klinik kamen, starben; von den anderen wurden 3 gebessert entlassen auf eigenen Wunsch, 7 geheilt. *Berberich* (Karlsruhe).

Jellett, Henry: The surgical treatment of pelvic thrombosis of septic origin. (Die chirurgische Behandlung der septischen Beckenthrombose.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 2, S. 147—157. 1913.

Die Serum- und Vaccinetherapie hat, so gut sie bei manchen Formen von Sepsis auch sein mag, bei der thrombitischen Form des Kindbettfiebers versagt. So ist es leicht verständlich, daß viele Operateure daran gegangen sind, hier chirurgisch einzugreifen. Die schweren Formen des Kindbettfiebers lassen sich in 2 Klassen teilen. Im ersten Falle dringen die Bakterien rasch und in großer Zahl in die Blut- und Lymphgefäße ein und ihre Virulenz ist so groß, daß es binnen kurzem zu einer vollkommenen Überschwemmung des ganzen Körpers kommt. Diese Fälle eignen sich nicht für die chirurgische Behandlung. — Bei der zweiten Klasse kommt es infolge geringerer Virulenz der Bakterien oder größerer Widerstandsfähigkeit der Patientin zur lokalisierten Phlebitis und Thrombose einer oder mehrerer Beckenvenen. An 5 eingehend beobachteten und beschriebenen Fällen erörtert Verf. die Diagnose und Therapie dieser Affektion. Für die Diagnose wichtig ist neben dem Auftreten von Schüttelfrösten und Pulsschwankungen vor allem der Nachweis einer strangförmigen Verdickung im Lig. lat. oder im kleinen Becken. Die Operation besteht entweder in der Unterbindung der Venen oder in gewissen Fällen — bei eitriger Einschmelzung der Thromben und ausgedehnter Periphlebitis — in der Exstirpation der thrombosierten Venen, um das Entstehen von Beckenabscessen oder vielleicht gar einer generalisierten Peritonitis zu vermeiden. *Eisenreich* (München).

De Gasperi, Federico: A proposito di carbonchio sintomatico e di edema maligno post-partum nelle vacche. (Beitrag zur Kenntnis der Geburtsrauschbrandes und des malignen Ödems bei den Kühen.) (*R scuola di med. vet., Torino.*) Pathologica Jg. **5**, Nr. 115, S. 494—497. 1913.

Bakteriologische Untersuchungen und serologische Studien über die Ätiologie obiger Erkrankungen mit Beschreibung eines typischen Falles von puerperalem Geburtsrauschbrandes. *Hofstätter* (Wien).

Scherer, Alexander: Seltenere Formen der Gallenblasenkrankheiten im Wochenbett. (*I. Univ.-Frauenklin., Budapest.*) Orvosi Hetilop, Jg. **57**, Nr. 30, S. 551. 1913. (Ungarisch.)

Referiert über zwei Cholelithiasisfälle im Wochenbett. Er ist der Ansicht, daß in diesen und ähnlichen Fällen die Infektion die Hauptrolle spielt, obwohl die Rolle der veränderten Verhältnisse in der Bauchhöhle nach der Geburt und des langen Liegens nicht zu verneinen sei. Beide Fälle heilten ohne Operation. *Frigyesi* (Budapest).

Foetus und Neugeborenes:

Ratschläge für die Ernährung und Pflege der Kinder im ersten Lebensjahr. Merkbl. d. vaterländ. Frauen-Ver. S. 1—4. 1913.

Populär gehaltene Ratschläge bezüglich des Selbststillens, der künstlichen Ernährung in späteren Monaten, der Körperpflege des Kindes und Hinweise auf Krankheitssymptome, welche die Zuziehung eines Arztes erfordern. *Schmid* (Prag).

Schloßmann: Die Ernährung des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderpfl. Jg. **8**, H. (7), S. 181—185. 1913.

„Als lebenswichtiges Gesetz" für den Säugling wird in dem kleinen Aufsatz in ebenso gedrängter Kürze, wie inhaltsreich die natürliche Ernährung hingestellt, sowie über das Abstillen, die Beikost und die Kleidung das Notwendige gesagt. *Bamberg* (Berlin).K

Stiftar, N.: Anatomisch-histologische Besonderheiten des Baues des Pankreas bei nicht ausgetragenen Kindern im Vergleich mit dem der ausgetragenen. (*Inst. f. exp. Med. u. Erziehungshaus, St. Petersburg.*) Russkji Wratsch. Jg. **12**, Nr. 30, S. 1059—1061. 1913. (Russisch.)

Untersuchung 29 nicht ausgetragener und 4 ausgetragener Kinder. Die Drüse wurde in Formalin und Flemmingscher Lösung fixiert. Zur Färbung wurde angewendet Imprägnierung mit Silber nach Bielschowsky und Hämatoxilin; zur Kernfärbung Safranin-Lichtgrün. Die Ergebnisse der Untersuchung waren folgende: 1. Das Pankreas der nichtausgetragenen Kinder ist ärmer an drüsigen Elementen wie das der ausgetragenen; 2. die Kerne der Drüsensubstanz sind kleiner und haben ein undeutlich hervorstehendes chromatines Netz; 3. das bindegewebige Stroma ist stärker entwickelt; 4. das Endothel der Gefäße ist degenerativ verändert; 5. die Entwicklung der Drüse entspricht dem Gewichte des Kindes, hängt aber hauptsächlich ab vom Alter desselben; 6. diese anatomischen Unterschiede verwischen sich noch im 5. Monat nicht. *Braude* (Berlin).

Fry, Henry D.: The infant pulmotor: its use in asphyxia neonatorum. (Die Verwendung des „Baby-Pulmotors" bei der Asphyxia neonatorum.) (Americ. gynecol. soc., meet. 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 1, S. 85. 1913.

Der von den Roth-Draeger-Werken in Amerika als „Baby-Pulmotor" eingeführte Sauerstoffapparat zur künstlichen Atmung Neugeborener, hat sich sowohl bei blauem als auch beim weißen Scheintod bewährt, sobald nur noch Herzaktion vorhanden war. In der Diskussion hebt auch Clifton Edgar den Wert dieser Apparate hervor; nur dürfe der Druck nicht zu hoch (10—12 cm) sein, da doch eine gewisse Gefahr der Gefäßzerreißung bestände. — Der Apparat kann ohne weiteres an eine Sauerstoffbombe angeschraubt werden. *Elten* (Charlottenburg).

Thomas, Lee W.: A study of stillbirths. (Studie über Totgeburten.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 9, S. 413—419. 1913.

Eine einheitliche Definition der „Totgeburt" ist zu erstreben, um die Statistiken wertvoll zu gestalten. Zurzeit unterscheidet sich die gesetzliche Auslegung von der medizinischen darin, daß sie Lebensfähigkeit der totgeborenen Frucht fordert. — Beeinflußt werden die Totgeburten durch Geschlecht und Legitimität des Kindes, Leitung der Entbindung und die Periode der Gravidität. Ihre Zahl kann durch Erziehung und Überwachung der Schwangeren gemindert werden. Statistiken haben nur Zweck, wenn überall nach gleichem Schema genau durchgeführt. *Mohr* (Berlin).

Broca, A., R. Français et Bize: Dysplasie périostale et fractures intra-utérines multiples. (Periostale Dysplasie und multiple intrauterine Frakturen.) Rev. d'orthop. Jg. **24**, Nr. 4, S. 289—299. 1913.

Bei der angeborenen ossären Dystrophie sind drei Gruppen anatomisch zu unterscheiden. Die kongenitale Rachitis, die Achondroplasie und die periostale Dysplasie. Diese letztere ist im Gegensatz zur Achondroplasie dadurch gekennzeichnet, daß die kompakte Substanz der Diaphysen an den langen Röhrenknochen, Schlüsselbeinen, Hand- und Fußknochen und an den Rippen, ersetzt ist durch spongiöses Gewebe, ohne Störung der chondralen Ossification.

Beschreibung eines solchen Falles. Kind das 6 Wochen alt wurde. Es fanden sich multiple Frakturen an allen Extremitäten. Makroskopisch und bei der histologischen Untersuchung zeigte sich große Ähnlichkeit mit einer sehr vorgeschrittenen Rachitis. *Weber.*[CH]

Swoboda, Norbert: Chondrodystrophisches Kind einer chondrodystrophischen Zwergin. Mitteilg. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Jg. **12**, Nr. 10, S. 141 bis 145. 1913.

Demonstration einer 20jährigen chondrodystrophischen Mutter mit ihrem viermonatigen durch Sectio caesarea entbundenen, chondrodystrophischen Sohn. Bei der Geburt der Mutter scheinen die chondrodystrophischen Veränderungen unauffällig gewesen zu sein. Später wurde die Mutter für rachitisch gehalten. Die Chrondrodystrophie wurde erst im 10. Jahre erkannt.

Die Zeichen der Erkrankung des Kindes waren anfangs nur sehr schwer, später jedoch sehr deutlich zu erkennen. (Einziehung der Nasenwurzel, kurze Extremitäten, Dreizackhand, starke Entwicklung der Muskulatur, des Genitales, reichliches Fettpolster, faltige Haut). Das Kind war stets frisch und lebhaft. Die Bewegungen sind außerordentlich energisch. An Intelligenz scheint es gleichaltrige zu übertreffen. Die Knochenkerne ober- und unterhalb des Kniegelenks fehlten bei der Geburt, während gleichzeitig in den unteren Fußwurzelknochen drei statt zwei Knochenkerne zu finden sind. Von Interesse sind das Auftreten von starken Schweißen und Haarausfall und das rapide Wachsen des Kopfes im dritten Lebensmonat wegen der Frage des Vorkommens von Rachitis bei Chondrodystrophie. Die Größe des Kopfes sowie die starke Entwicklung der Tubera frontalia können aber durch die Chondrodystrophie allein erklärt werden. Das Fehlen von Ernährungsstörungen, von Erschlaffung der Muskulatur, der Einschränkung der Bewegung lassen das Bestehen einer rachitischen Erkrankung vorläufig ausgeschlossen erscheinen.

Der vorliegende bemerkenswerte Fall ist der zehnte bekannte Fall von Übertragung der Chondodystrophie von der Mutter auf das Kind. *Benthin* (Königsberg).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Siegel, Erich, Über Y-Ruhr bei Säuglingen. (*Städt. Kaiser- u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenh., Berlin.*) Arch. f. Kinderheilk. Bd. **60—61,** Festschr. f. Adolf Baginsky, S. 689—698. 1913.

Verf. berichtet über 9 Fälle von Y-Ruhr bei Säuglingen, die unter dem typischen Bild der Enteritis follicularis verliefen: eine schwere Erkrankungsform mit blutig-schleimigeitrigen Stühlen. 4 Todesfälle. In 8 von 9 Fällen wurde der Y-Bacillus gefunden, so daß möglicherweise Enteritis follicularis und Y-Ruhr der Säuglinge ein und dieselbe Erkrankung sind. *Harm* (Dortmund).

Booker, Lyle S.: Congenital pyloric stenosis, with report of case. (Kongenitale Stenose des Pylorus mit Bericht eines Falles.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18,** Nr. 10, S. 243—245. 1913.

Autor unterscheidet funktionelle Störung durch Spasmus des Pylorus mit geringer Hypertrophie und die organische Verlegung des Pylorus durch Hyperplasie des Magens und Duodenums. Letztere gehört der chirurgischen Behandlung.

Fall der 2. Gruppe: 4. Kind gesunder Eltern, bei Geburt 8 Pfund schwer, nach 4 Wochen Erbrechen und Obstipation. Nach 8 Wochen 7 Pfund schwer, marastisch, unterernährt. Bei Operation präsentierte sich Pylorus und Duodenum als $2^1/_2$ cm lange, knorpelige, fingerdicke Masse. Hintere Gastrojejunostomie. 2 Tage Erbrechen von Galle. Heilung.

Diese Erkrankung zeigt stets lediglich Hypertrophie, besonders der Ringmuskulatur, keine Adhäsionen. Zur Diagnose: Langdauerndes, heftiges auf keine Behandlung zurückgehendes Erbrechen ohne Galle, geringe Stühle, fast nie aus Meconium bestehend, Leere des Abdomens, Völle des Epigastriums. Therapie: am besten chirurgischer Eingriff (hintere Gastroenterostomie), der jetzt nur noch 10% Mortalität bringt. *Mohr.*

Speese, John: Report of a case of hydrocephalus. (Bericht über einen Fall von Hydrocephalus.) Arch. of pediatr. Bd. **30,** Nr. 8, S. 600—602. 1913.

Dreimonatliches Mädchen mit hochgradigem Hydrocephalus; Kopfumfang 60 cm; vollständige Lähmung der unteren Extremitäten, Fehlen der Reflexe, keine Muskelatrophie. Bei der spontanen Geburt schien das Kind vollständig normal bis auf eine kleine Spina bifida lumbosacralis. Erst dann begann die abnorme Größenzunahme des Kopfes, gleichzeitig vergrößerte sich auch die Spina bifida, an welcher Spinalflüssigkeit durch die dünne Bedeckungsmembran durchsickerte. In dem vorliegenden Falle wären therapeutische Maßnahmen zwecklos; für leichtere Fälle empfiehlt Verf. die von Cushing angegebene, bisher 12 mal ausgeführte Methode der kombinierten Laparotomie und Laminektomie zwecks Drainage des Spinalkanales in den Retroperitonealraum. *Schmid* (Prag).

Neurologie und Psychiatrie:

Charles, J. R.: The pathology of migraine. (Die Pathologie der Migräne.) Practitioner Bd. **91,** Nr. 3, S. 414—420. 1913.

Verf. sucht alle einzelnen Symptome der Migräne durch eine periodische Vergrößerung der Hypophyse bis zu einem pathologischen Grade zu erklären. Er weist auf das häufigere Vorkommen bei Frauen, besonders zur Zeit der Menstruation hin

und entsprechend auf den Zusammenhang der Tätigkeit des Organs mit sexuellen Vorgängen. Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen sieht er als Folgen des erhöhten intrakraniellen Drucks an, Sehstörungen als Folge des Drucks auf das Chiasma. Andrerseits erklärt er vasomotorische Störungen durch vermehrte Expression von Sekret aus dem vergrößerten und durch die Sella turcica am Ausdehnen verhinderten Organ. *Rothe* (Breslau).

Steyerthal, Armin: Der Hysteriebegriff. Fortschr. d. Med. Jg. **31,** Nr. 36, S. 981 bis 986. 1913.

Die Ansicht über den Hysteriebegriff ist heute so verschieden, daß Lasègues prophetisches Wort: „La définition de l'hystérie n'avait jamais été donnée et qu'elle ne le serait jamais", mehr denn je zur Wahrheit zu werden scheint. Der Grund dieser Mißerfolge, meint Verf., sei, daß es eine einige und unteilbare Krankheit „die Hysterie", wie Charcot sie lehrte, gar nicht gibt. Der Hysteriebegriff gehöre überhaupt nicht in die spezielle Medizin hinein, sondern müßte in die allgemeine Pathologie verwiesen werden. Die sog. „hysterischen Phänomene" müßten als das angesprochen werden, was sie sind, als die Zeichen verkehrter Rindenfunktion des Großhirns, die nichts weiter besagen, als daß irgendwo eine Störung die Nervenbahnen gekreuzt hat. Halbseitige Störungen der Hautempfindlichkeit und auch solche in geometrischen Segmenten, ferner Gesichtsfeldeinschränkungen seien oft derartig ausgeprägt, daß sie unbedenklich als objektive Krankheitszeichen angesprochen werden könnten, wiewohl manche Autoren heute die Charcotschen Symptome in das Reich der Fabel verweisen wollten. Die übrigen klassischen Stigmata, Lähmungen, Contracturen, hysterogene Zonen, sieht Verf. bei seinem Material seltener, dagegen häufiger Astasie, Abasie, Globus, Clavus und Chorea rhythmica. Der hysterische Anfall sei wohl selbst von der strengsten Skepsis noch nicht geleugnet worden. Völlig widersinnig nennt es Verf., Nachröten, Dermographie, Lach- und Weinkrämpfe oder gar Migräne zu „hysterischen" Kennzeichen zu stempeln. Alle diese Stigmata seien nicht für eine einzelne bestimmte, einige und unteilbare Krankheit bezeichnend und ausschlaggebend, sondern fänden sich vereinzelt bei allen möglichen Erkrankungen. Die Auffassung der Hysterie als einer „Entité morbide" müsse fallen. Was wir Hysterie nennen, seien Erscheinungen gestörter Nervenfunktion. Das würde schon bewiesen durch die ubiquitäre Verbreitung der Stigmata bei körperlichen und geistigen Krankheiten aller Art. Ein besonderes Übel anzunehmen, das immer da zugrunde läge, wo diese seltsam bunten Blasen auf der Oberfläche des Körpers erscheinen, sei eine Rückständigkeit unseres Denkens, eine Reminiszenz aus alter mystischer Zeit und unserer vorgeschrittenen Erkenntnis unwürdig. Die Bezeichnung „Hysterie" ließe sich stets durch ein leichter verständliches und nicht mißzudeutendes Wort ohne jeden Zwang ersetzen. *Kirchberg* (Frankfurt a. M.).

● **Raimist, J. M.: Hysterie. Zur Frage über die Entstehung hysterischer Symptome.** Berlin: Karger 1913. 101 S. M. 3,50.

Verf. macht den Versuch, zu zeigen, daß Symptome, welche späterhin als hysterische auftreten oder, wie er sagt, als mnemotive (aus: mneme und emotio), bei ihrem ersten Entstehen als emotive erscheinen, zur Äußerung dieser oder jener Emotion dienen. An der Hand von 20 Krankengeschichten typischer Fälle gibt er seine Beweisführung. Dabei legt er sich zunächst die Frage vor, worin eigentlich das Krankhafte bei einem hysterischen Symptom besteht: in der Beziehung zum ätiologischen Moment, in seiner Form, in der Intensität, der Dauer, der Resistenz gegenüber den willkürlichen Bemühungen des Kranken es zu beseitigen. Und er kommt zu dem Schlusse, daß alle Charakteristica auch bei Gesunden, unter „gewöhnlichen" Verhältnissen auftreten können, mit Ausnahme des Umstandes, daß (trotz des Bemühens des Kranken, möglichst schnell die gestörte Funktion wiederherzustellen) die Funktionsstörung noch lange anhält, nachdem die Ursache verschwunden ist, welche ursprünglich die betr. Anomalie hervorgerufen hatte. Das Pathologische liegt in dem für die gegebenen Verhältnisse ungewöhnlich langdauernden und ungewöhnlich intensiven Einfluß der „Gefühlsbilder".

Häufig sind die Funktionsanomalien bei ihrem ersten Auftreten ihrer Form nach logisch mit bestimmten Gefühlen und intellektuellen Prozessen verbunden — durchaus aber nicht immer. In diesen Fällen bringt Verf. die Formen der Erkrankung nur mit bestimmten emotiven Zuständen in Verbindung, hält sie für deren biologische Äußerungen. In beiden Gruppen bringt er das Auftreten und die Langwierigkeit der betr. krankhaften Funktionsäußerungen mit bestimmten emotiven Prozessen in Zusammenhang. Das Vorhandensein einer emotiven Reaktion (im subjektiven und im objektiven Sinne) hängt von zwei Gruppen von Ursachen ab: dem neuro-psychischen Tonus im gegebenen Moment und der Intensität des betr. Reizes, einerlei ob äußeren, wie Schall oder Licht, oder inneren, wie Gedanken und Gefühle. In dem Einfluß der Psychotherapie auf mnemotive Symptome ist etwas Spezifisches nicht enthalten. *Haymann* (Konstanz-B.).[M]

Ellis, Havelock: The relation of erotic dreams to vesical dreams. (Die Beziehungen erotischer zu Blasenträumen.) Journal of abnorm. psychol. Bd. 8, Nr. 3, S. 137—167. 1913.

Ausführungen an Hand von eingehenden Aufzeichnungen einer gesunden und sexuell normalen Frau im 5. Graviditätsmonat über ihre Träume, in denen das Thema der Erotik, des Homosexualismus und Narzissismus sich öfter wiederholt. Patientin hat schon vor Erwachen der sexuellen Impulse als Kind in ihrem Traumleben Orgien erlebt, deren Mittelpunkt die Blasenentleerung bildete. *Mohr* (Berlin).

Oldfield, Carlton: Some pelvic disorders in relation to neurasthenia. (Einige Erkrankungen der Beckenorgane in ihrer Beziehung zur Neurasthenie.) Practitioner Bd. 91, Nr. 3, S. 335—343. 1913.

Verf. fand bei ca. 25% seiner Patienten aus der armen Bevölkerung, die Beschwerden von seiten der Genitalorgane hatten, ein Fehlen organischer Veränderungen. Er hält daher diese Beschwerden für neurasthenischer Natur. Wenn er Jüdinnen in die Statistik mit einbezieht, wird der Prozentsatz noch größer, ebenso in der Privatpraxis. Leichtes Klaffen der Vulva, kleine Einrisse des Muttermunds sollen keinen Grund für einen Eingriff abgeben. Retroflexio ist nichts Pathologisches. Diese macht erst Beschwerden, wenn zugleich eine Senkung des Beckenbodens besteht. Man soll bei allen Operationen und Entbindungen möglichst schmerzfrei und unter Vermeidung von psychischen Insulten vorgehen. Bei neurasthenisch veranlagten Frauen wird leicht mit der Operation mehr geschadet, als genutzt. Solche sollte man überhaupt nur nach Konsultation mit einem inneren Arzt operieren. Er empfiehlt aber dringend diagnostische Laparotomien, wenn man Residuen alter Entzündungen vermutet, die sich der sonstigen diagnostischen Feststellung entziehen. *Rothe* (Breslau).

Jones, H. Mac Naughton: The relation of puberty and the menopause to neurasthenia. (Die Beziehungen von Pubertät und Menopause zur Neurasthenie.) Med. brief. Bd. 41, Nr. 8, S. 485—491. 1913.

Allgemeine Bemerkungen über Zusammenhang von Generationsvorgängen und psychischen Erkrankungen. Schilderung der den beiden Lebensabschnitten eigentümlichen neurasthenischen Symptome. — Richtlinien der Therapie. — Nichts Neues. *Ruhemann* (Berlin).

Becker, Werner H.: Die Beziehungen der Psychiatrie zu den anderen medizinischen Spezialgebieten. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. Bd. 51, H. 3, S. 1095—1105. 1913.

Autor behandelt zunächst die Beziehungen der Psychiatrie zur Gynaekologie und Geburtshilfe. Vor 25 Jahren wurde die Ätiologie vieler psychischen Leiden in der kleincystischen Degeneration der Ovarien vermutet und infolgedessen zu ihrer Heilung Kastrationen ausgeführt. Die Hauptvertreter dieser Ansicht waren Hegar und Emmet. Auch Charcot, der den Begriff der Ovarie einführte, konnte sich von diesen Ansichten nicht freimachen. Am längsten war man bei der Hysterie von dem ätiologischen Zusammenhang mit gynaekologischen Erkrankungen überzeugt und erst im letzten Jahrzehnt trat auch in dieser Beziehung ein Umschwung ein. — Dann wird auf die bekannten Arbeiten Bossis und seiner Schüler verwiesen, die aber nicht nur

von Psychiatern, sondern auch von Gynaekologen abgelehnt werden, so besonders von Stöckel und Walthard. Letzterer betont, daß man gerade bei psychoneurotischen Frauen besonders zurückhaltend mit lokaler Behandlung der Genitalien und vor allem mit operativen Eingriffen sein soll. — Ganz kurz wird auf die Bedeutung der Amenorrhöe für psychische Erkrankungen eingegangen, das Wiedereinstellen der Menses sei nach Kräpelin ein günstiges prognostisches Zeichen. — Die Graviditäts-, Puerperal- und Laktationspsychosen sind keine in sich abgeschlossenen psychiatrischen Krankheiten, sondern ihre Symptome kommen bei verschiedenen Krankheitsbildern vor, am häufigsten handelt es sich um Amentia und halluzinatorische und deliriumsartige Irreseinsformen. — Die Frage des Abortus artificialis aus psychiatrischen Gründen ist noch nicht geklärt. Anton hält beim Status epilepticus, wenn krampffreie Mütter durch die Schwangerschaft Epilepsie bekamen, den Abort für indiziert, während Raecke glaubt, daß solche Fälle sehr selten sind und die genuine Epilepsie nicht durch die Gravidität beeinflußt wird. Raecke befürwortet aber Abortus artificialis bei Chorea, Eklampsie und Graviditätsneuritis, da diese wohl auf toxischer Basis beruhen. *Ruhemann* (Berlin).

Latzko: Fall von Spina bifida occulta. (Geburtsh.-gynaekol. Ges., Wien. Sitzg. v. 11. II. 1913.) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 35, S. 1294. 1913.

32jährige Patientin, kein Partus, kein Abort, regelmäßig menstruiert, kommt wegen seit Kindheit bestehender Incontinentia urinae in die Klinik. Von anderer Seite waren ihr periurethrale Paraffininjektionen gemacht worden. Schädel-, Rumpf-, Kleinbeckenbefund normal. Becken ist allgemein verengt, besonders die queren Durchmesser. — Die Unterschenkel sind atrophisch, ihre Haut livid verfärbt mit Narben von trophoneurotischen Geschwüren. Pes equinovarus mit Muskelatrophien. An Stelle der oberen Kreuzbeinwirbel fingerdickes Loch, das in den Sakralkanal führt und von zweimarkstückgroßer, behaarter, schlaffer Haut bedeckt ist. Letzter Sakralwirbel und Steißbein scheinen zu fehlen. Röntgenbilder. — Es handelt sich um Spina bifida occulta, charakteristisch die Hypertrichosis. Genauer Nervenstatus. — Die Blase faßt 30—50 ccm, ihre Sensibilität ist erhalten, Detrusor funktioniert, nur Sphincter ist gelähmt. Auch Levator ani ist gelähmt. — Neurologisch besteht Läsion der motorischen Region des I. und II. Sakralsegmentes, beim III. und IV. ist Innervation des Levator ani und Sphincter vesicae aufgehoben, während die anderen motorischen Fasern erhalten sind, die Sensibilität ist fast gar nicht gestört. Therapeutisch kommen nur Palliativoperationen zum ventilartigen Verschluß der Urethra in Frage. *Ruhemann* (Berlin).

Soziales. Statistik:

Hausner, Marie: Die Wohlfahrts-Auskunftsstelle für Wöchnerinnen in der Universitätsfrauenklinik München. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. 4, H. 11, S. 340—344. 1913.

Bei den Besuchen der Wöchnerinnen in der Universitätsfrauenklinik zu München wird jede Wöchnerin dreimal in der Woche, mit Ausschluß der Frischentbundenen und Leidenden, nach ihrer nächsten Unterkunft, ihren Plänen bezüglich ihres Kindes, nach den Alimentations- und Berufsaussichten befragt und den Verhältnissen entsprechend beraten, wenn nötig, auch versorgt, naturgemäß auch zu Selbststillen eindringlich ermahnt. Willige Mütter, die auf Schlafstelle angewiesen sind oder die wegen Mittellosigkeit sofort wieder in Dienst treten müssen, werden nach Möglichkeit in den Mütterheimen oder als Ammen mit ihrem Kinde in den Säuglingsheimen untergebracht. Die Befürchtung, daß durch die gebotenen Hilfsmaßnahmen das Verantwortlichkeitsgefühl der Mütter gemindert werde, sind nach den dort gemachten Erfahrungen unbegründet. Im Jahre 1912 wurden 506 Kinder durch diese Fürsorgestelle in Kostplätzen, 211 in Heimen oder Anstalten untergebracht; 1243 kamen angeblich in Pflege zu Großeltern und Verwandten. 491 Kinder verließen mit der Mutter die Klinik, um längere oder kürzere Zeit das mütterliche Heim zu teilen und vielleicht weiter gestillt zu werden. Diese Mütter gehörten der Ortskrankenkasse an. Ihnen wird gleich den verheirateten Frauen auf dem Flugblatt über Säuglingsfürsorge die ihrer Wohnung nächst gelegene Säuglingsberatungsstelle notiert. Die Verheirateten werden insbesondere auf die Stillprämien, den Hauspflegeverein, den Verein Mutterschutz und andere für sie in Betracht kommenden Wohlfahrtseinrichtungen hingewiesen. In Fällen wirklicher Not wird sofort

die Armenpflege in Anspruch genommen. Manche arme Mutter verläßt übrigens die Klinik noch mit einem Geschenk aus einer vorhandenen Stiftung. Auch wird den Wöchnerinnen eine kleine Bibliothek für Unterhaltung und Belehrung zur Verfügung gestellt. Trotz alledem bleibt als großer Übelstand noch, daß es nicht gelungen ist, die gewerbsmäßige Kostplatzvermittlerinnen auszuschalten, die den Kostfrauen ganz bedeutende Abzüge von ihrem ersten Kostgelde machen, so in Höhe von 5 Mark bei 20 Mark Kostgeld, und nach auswärts sogar von 10 Mark bei 15 Mark, denn das Angebot von Kostplätzen übersteigt die Nachfrage. Auch der Mutter werden leider häufig noch 2 Mark abgenommen. *Buschan* (Stettin).

Bericht des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche vom 1. April 1912 bis 31. März 1913. Erg.-H. d. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Bd. **2**, H. 2, S. 143—202. 1913.

Der Bericht bringt viel des Interessanten, auch von allgemeinen Gesichtspunkten; so sei z. B. besonders auf die am Schlusse angefügte Denkschrift über den Neubau einer Pflegeschule hingewiesen, die mit Plänen und Abbildungen geschmückt ist. Die Pflegeschule soll alljährlich 60 einfache Säuglingspflegerinnen in einem halbjährigen Kurs in der sachgemäßen Pflege und Ernährung des gesunden Säuglings unterweisen. Außerdem sollen die Mädchen in häuslicher Arbeit, in Nähen, Waschen, Kochen, den Anfangsgründen des Fröbelunterrichts unterwiesen werden, und sich auch die Anfangsgründe der Säuglingskrankenpflege aneignen. — Auch die Mitteilungen über die Kurse, die an Schülerinnen der Elisabeth-Frauenschule und der Pflichtfortbildungsschule erteilt wurden, werden vielfach interessieren. — Einige übersichtliche Tabellen orientieren über die Ammenmilchmengen, die getrunken oder abgedrückt wurden. Von den Müttern, die durch das Haus eine Stellung als Amme angenommen hatten, wurde zunächst in kleinerem, später in größerem Umfange durch Boten die abgespritzte Milch täglich abgeholt. Über 40 Liter wurden in einzelnen Monaten auf diese Weise erhalten. Die Sterblichkeit auf der Abteilung für kranke Kinder betrug 18,7%, nach Abzug der in den ersten 24 Stunden gestorbenen 14,7%, abzüglich der in den ersten 3 Tagen gestorbenen 10,4%. *Ibrahim* (München).[K]

Säuglings-Ernährung und Säuglings-Sterblichkeit in München. Mitteilg. d. stat. Amtes d. Stadt München Bd. **24**, H. 1, T. 2, S. 1—20. 1913.

Bei dieser statistischen Arbeit wurde gelegentlich der Volkszählung vom 1. XII. 1910 ermittelt, wie die an diesem Tage in München lebenden Säuglinge ernährt wurden. Der Münchener Privatdozent Alfred Groth hat dem Amte als ärztlicher Berater bei der Bearbeitung zur Seite gestanden. — Die Untersuchung umfaßt 10 096 Säuglinge, von denen insgesamt 1166 mit Muttermilch allein (41 davon mit Ammenmilch), 22 mit Muttermilch und Tiermilch, die übrigen „künstlich“ ernährt wurden. Am Tage der Zählung selbst erhielten 59,2% Tiermilch und Beikost, 19,3% lediglich Tiermilch und nur 16,4% Muttermilch. Von den bis zu 10 Tagen alten ehelichen Säuglingen wurden 50,9% ausschließlich mit Muttermilch, weitere 3,8% mit Muttermilch und sonstiger Nahrung ernährt; in den folgenden Wochen verändert sich der Anteil der natürlich ernährten Kinder an der Gesamtzahl nur wenig; die bis zu 20 Tage alten Säuglinge wurden zu 50,2% ausschließlich oder unter Beigabe sonstiger Nahrung gestillt, und von den bis 1 Monat alten Kindern wurden 48% in gleicher Weise ernährt. Anders steht es bereits nach Beendigung des ersten Lebensmonats. Nur noch 36,9% der 1—2 Monate alten Säuglinge bekamen ausschließlich Muttermilch oder Muttermilch mit anderer Nahrung, und von Monat zu Monat verringert sich der Prozentsatz der gestillten Kinder regelmäßig weiter, um bei Beendigung des ersten Lebensjahres auf 2,7% zu fallen. Weit rascher sinkt die Stilltätigkeit seitens der unehelichen Mütter. — Hinsichtlich des Alters der stillenden Mütter wurde festgestellt, daß am häufigsten die Mütter unter 30 Jahren stillen. „Später geschieht dies seltener, sei es, daß die Fähigkeit zum Stillen abhanden gekommen ist oder der Wille dazu fehlt. Der letztere Gesichtspunkt spielt auch bei den jüngeren Frauen ohne Zweifel eine sehr bedeutende Rolle. Denn für sie

trifft es in der Regel nicht zu, daß sie ihre Kinder nicht stillen könnten. Die Absicht, zu stillen, wird allerdings bei den ledigen Frauen jeglichen Alters noch häufiger als bei den verheirateten sehr oft durch den Zwang der Erwerbsverhältnisse vereitelt." — Über die Beziehung der Säuglingsernährung zum Beruf des Vaters, bzw. der ledigen Mutter ergibt sich aus der Erhebung folgendes: „In den sozial höher stehenden Klassen ist der Anteil der stillenden Mütter prozentual etwas höher als in der Arbeiterschaft, in der wiederum die meisten Säuglinge Tiermilch oder solche mit Beikost erhalten. Das häufigere Nichtstillen der Arbeiterfrauen hängt vielfach damit zusammen, daß sie zur Erhöhung der Familieneinkünfte in gewerblichen oder sonstigen Betrieben tätig sind oder Zugehdienste verrichten; die künstliche Ernährung ihres Kindes bleibt dann eben nicht selten dritten Personen überlassen." — Die Säuglingssterblichkeit ist in München seit dem Jahre 1871 — ausgenommen das Jahr 1911, das sich durch einen besonders heißen Sommer auszeichnete — in dauerndem starken Rückgange begriffen. Die Erscheinung wird zum großen Teil auf die öffentlichen und privaten Fürsorgemaßnahmen zurückgeführt; außerdem spielt aber, bei dem engen Zusammenhange zwischen Geburtenfrequenz und Säuglingsmortalität der Geburtenrückgang eine Rolle, zumal wenige Kinder in einer Familie, namentlich bei nicht allzu schneller Aufeinanderfolge, eine bessere Pflege erhalten können. *Fischer* (Karlsruhe.)

Doernberger: Kleinkinderfürsorge. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. 4, H. 11, S. 325 bis 340. 1913.

Verf. will mit dem vorliegenden Aufsatze die Aufmerksamkeit auf die sich an das Säuglingsalter anschließenden, ungefähr bis zum Beginn der Schulpflichtjahre dauernden Lebensjahre lenken, die bisher noch der Fürsorge entbehren, aber doch immerhin noch sehr gefährdet sind. Wenngleich in den ersten sechs Kinderjahren die Sterblichkeit sinkt, so tut sie dies doch noch nicht in dem Maße wie im nächsten Lustrum. So starben im Jahre 1909 in Deutschland im Alter von 1—2 Jahren 52,7%, von 23 noch immer 18,8%, von 3—4 noch 11,9%, von 4—5 noch 8,4% und von 5—6 erst 6,6%. Nach der enormen Säuglingssterblichkeit tritt somit in den folgenden Jahren noch ein weiterer Verlust an Volkskraft und Volksvermögen ein. Eine hohe Säuglingssterblichkeit wirkt keineswegs als begrüßenswerte Auslese, wie man immer noch behauptet. Die wichtigsten Krankheiten, denen die Kinder nach vollendetem ersten Lebensjahre zum Opfer fallen, sind nicht mehr die Magendarmkrankheiten, sondern die Infektionskrankheiten und die der Atmungsorgane. Bronchitis, Lungenentzündung, Keuchhusten zum Teil und auch gewiß die Masern sind mit einzurechnen, und dann steigend von 8,1% bis zu 12,0% zu 16,4% aller Gestorbenen gleicher Altersklasse die Tuberkulose aller Organe. Verf. bringt nach dieser Richtung hin dankenswerte statistische Angaben. Daher sollte nicht der zwölfte Lebensmonat den willkürlichen Abschluß einer wohlbedachten und nützlichen Fürsorge für die Kinder abgeben, sondern auch die kommenden Jahre bis zum Schuleintritt Beachtung verdienen. Es handelt sich dabei um Überwachung der Ernährung, Kleidung, Wohnungsverhältnisse, Körperpflege und Sauberkeit, eines genügenden Luftgenusses und genügenden Schlafes. Zunächst muß die seelische und körperliche Gesundheit Gegenstand der Fürsorge in der Familie sein; wenn diese versagt, kommt die Kleinkinderfürsorge in Frage. Die Fürsorge muß prophylaktisch und therapeutisch wirken als a) offene in Beratungsstellen, innerhalb der Familie und Behausung, event. durch ambulatorische Behandlungsgelegenheiten für erwiesen Unbemittelte, b) als halbgeschlossene durch stunden- oder tageweise Versorgung, c) als geschlossene in Unterkunfts-, Pflege- und Heilstätten. Alle Zweige der Kleinkinderfürsorge müssen mit- oder wenigstens ineinander arbeiten; am besten wäre daher eine Zentralstelle anzustreben. Unter dieser Voraussetzung hält Verf. zunächst für angebracht: 1. Verwandlung der Säuglingsberatungsstellen in Kleinkinderberatungs- und Fürsorgestellen. 2. Vermehrte ständige ärztliche Überwachung der Kostkinder bis zur Schulpflicht (bezahlte Kostkinderärzte), der in Kindergärten, Krippen, Bewahranstalten untergebrachten Kinder durch eigens hierfür ange-

stellte Ärzte. 3. Vermehrung der Besserungs- und Heilmöglichkeiten für schwächliche, pflegebedürftige und kranke Kinder (Belehrung der Pflegeverpflichteten, Speisung, Kolonien, Walderholungsstätten, Heime, Kinderkrankenhäuser). 4. Innige Zusammenarbeit aller Organe der Kinderfürsorge (Jugendfürsorgeverband, Berufsvormundschaft, Armen- und Waisenpflege, Kostkinderaufsicht) mit den ärztlichen Beratern und der Zentrale. 5. Möglichst Herstellung eines Zusammenhanges der Fürsorge für das vorschulpflichtige Alter mit der Schule durch Hinübergabe von Befundbogen seitens der Fürsorgestellen an die Schulbehörden (Lokalschulkommission) und Einreihung in die Gesundheitsbogen nach Kenntnisnahme durch den Schularzt und Einvernehmen desselben mit den Lehrkräften. *Buschan* (Stettin).

Lederle, Ernst J.: Plans for the reduction of infant mortality. (Vorschläge zur Herabminderung der Kindersterblichkeit). New York med. journal Bd. **98**, Nr. 1, S. 3—5. 1913.

Bericht über die Einrichtung der Milchküchen in New-York. Hiernach befinden sich in New-York 55, die hauptsächlich während der Monate Mai—November ihre Tätigkeit entfalten. Auf jeder Station sind ständig zwei ausgebildete Pflegerinnen und an 2 Tagen der Woche ein Arzt. Vor allem wird Milch an Mütter verteilt, um diese in guter Stillfähigkeit zu erhalten. Jede Pflegerin hat 150 Kinder zu versorgen, die von ihr von Zeit zu Zeit besucht werden, jeden Morgen wird dann dem Distriktsarzt Bericht erstattet, kranke Kinder werden von ihm behandelt oder dem Hospital überwiesen. Im Jahre 1912 wurden so 38 000 Kinder behandelt und über $1^1/_4$ Millionen Liter Milch ausgeteilt. Außerdem hat man in diesem Sommer damit begonnen, in allen öffentlichen Schulen den Mädchen über 12 Jahre Unterricht in der Säuglingspflege zu erteilen. Während des Sommers wird durch wöchentliche Vorträge und Demonstrationen das Gelernte lebendig erhalten. Die Erfolge sind ermutigend. Innerhalb 10 Jahren ist die Sterblichkeitsziffer an Brechdurchfällen bei Kindern unter einem Jahr von 44,28 auf 26,39 gesunken. *Wiemer* (Herne).

Tilmant, A.: La prophylaxie des nourrissons dans les crèches et les gouttes de lait. (Zum Schutz der Kinder in den Kinderkrippen und Beratungsstellen.) Progr. méd. Jg. **44**, Nr. 33, S. 429—431. 1913.

Praktische Vorschläge zur Verhütung der Übertragung ansteckender Krankheiten (Masern, Scharlach, Keuchhusten usw.) in den Anstalten der Kinderpflege, Kinderkliniken und Polikliniken. Verf. will dies durch strenge Scheidung durchführen und verlangt in diesen Anstalten für jedes Kind eine besondere, geräumige, sonnige, luftige, heiz- und desinfizierbare Zelle. *Laubenburg* (Remscheid).

Variot, G.: La loi Roussel devant l'académie de médecine. (Das Gesetz Roussel vor der Akademie der Medizin.) Clin. infant. Jg. **11**, Nr. 17, S. 513 bis 518. 1913.

Bereits 1874 hatte die Nationalversammlung in Paris auf Antrag eines Arztes Th. Roussel ein Gesetz des Inhaltes erlassen, daß keine Amme ein fremdes Kind stillen dürfe, bevor sie nicht 7 Monate lang ihr eigenes genährt hätte. Neuerdings will man eine Revision dieses Gesetzesparagraphen vornehmen lassen, zugunsten seiner Abänderung ist u. a. Prof. Hutinel eingetreten. Dieser glaubt, daß durch Abschaffung das Handwerk des Ammenwesens unterdrückt und indirekt die bekannte Entvölkerung Frankreichs noch mehr gefördert werden würde. Früher gingen die Ammen für wenige Monate nach Paris und bemühten sich, sobald sie zurückgekehrt waren, schnell wieder in andere Umstände zu kommen, um recht bald wieder ihren Verdienst zu haben. Dadurch, daß sie möglichst schnell und viel Kinder in die Welt setzten, hatte der Staat auch seinen Vorteil. Andererseits wäre zu bedenken, daß eine Amme, die 7 Monate hindurch ihr Kind genährt hätte, nicht mehr über genügend Nahrung verfüge. Sodann auch stände zu befürchten, daß die Ammen ihre Kinder keineswegs so lange stillen würden, wenn ihnen eine aussichtsvolle Zukunft wie früher nicht mehr bevorstände, auch daß sie sich mit einer kleineren Kinderzahl begnügen würden. Variot

erhebt hiergegen Einspruch. Auf Grund langjähriger Beobachtungen glaubt er nicht, daß in der Menge der Nahrung nach siebenmonatlichem Stillen ein Mangel eintritt. Wenn ein Rückgang der Ammen an Zahl eingetreten ist, wie es tatsächlich in der letzten Zeit der Fall war, so ist nicht dem Gesetz Roussel schuld zu geben, sondern verschiedenen anderen Umständen, u. a. auch der Tatsache, daß die Kaufleute, Beamten und Arbeiter ihre Kinder mehr und mehr aufs Land schickten, um sie dort mittels Saugflasche aufziehen zu lassen und daß dank der hygienischen Aufklärung schon mehr Frauen zu dem Einsehen des Selbststillens gekommen wären, auch schon aus pekuniären Gründen keine Ammen mehr sich zulegten. Unter diesem Gesichtspunkte hält V. den Rückgang der „Ammenindustrie" eher für einen sozialen Fortschritt. Auf der anderen Seite stände zu befürchten, daß die Ammen, falls sie nicht verpflichtet würden, ihre eigenen Kinder 7 Monate lang zu säugen, bevor sie noch ein fremdes Kind an ihre Brust legen, sich nicht mehr die Mühe machen würden, ihre Kinder so lange zu stillen, was ein häufigeres Sterben derselben zur Folge haben würde. „Wenn man das Leben eines reichen Kindes rettet, tötet man gleichzeitig ein armes."

Buschan (Stettin).

Mosse, M.: Tuberkulose und soziale Lage. Tuberculosis Bd. **12**, Nr. 7, S. 281 bis 289. 1913.

Verf. weist an der Hand einer Reihe statischer Tabellen einen engen Zusammenhang nach zwischem dem Grade des Wohlstandes und der Häufigkeit der Tuberkulose und kommt zu dem Resumé, daß es sich in Deutschland bei einer erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose im wesentlichen darum handeln muß, auf der einen Seite bessere Lohnbedingungen zu schaffen, auf der anderen Seite die Höhe der Lebensmittelpreise und der Mietsrenten nach Möglichkeit zu beseitigen. *Weber* (München).

Fischer, Alfons: Die Begriffe „Soziale Hygiene" und „Soziale Medizin". Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1943—1944. 1913.

Die drei Gebiete: „Soziale Pathologie", „Soziale Medizin" und „Soziale Hygiene" sind bisher in Deutschland von maßgebenden Autoren unter dem Sammelbegriff der „Sozialen Hygiene" behandelt worden. Fischer wendet sich gegen den Verwirrung stiftenden Versuch Gottsteins zur Änderung der bisher üblichen Nomenklatur.

Stähler (Siegen).

Jack, George N.: Forests and their relationship to eugenics. (Beziehung der Wälder zur Eugenik.) New York State journal of med. Bd. **13**, Nr. 8, S. 446—449. 1913.

Allgemeine Betrachtungen über die hygienische Bedeutung der Wälder. *Schmid* (Prag).

Harris, F. R.: Eugenics. (Rassenhygiene.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 7, S. 448—453. 1913.

Autor führt zum Beweise der Hereditât der physischen und mentalen Eigenschaften Pearsons Zahlen an. Zwischen Geschwistern besteht mehr Ähnlichkeit wie zwischen Kindern und Vätern. Da die Fruchtbarkeit der körperlich und geistig Minderwertigen nun erheblich größer ist als die der Vollwertigen, empfiehlt Autor die Vasektomie bei absolut wertlosen, unheilbaren Individuen nach strengster staatlicher Prüfung des Falles. *Mohr* (Berlin).

Freise, Ferd.: Hat der Mensch eine „Paarungszeit"? Die Umschau. Nr. **37**, S. 761—762. 1913.

Die Beobachtungen des Verf. beziehen sich auf von Germanen und Romanen besiedelte Ackerbaukolonien in den brasilianischen Staaten Minas Geraes, Rio de Janeiro und Espirito Santo (2371 Geburten von Kolonistenkindern, von denen 1853 in den Heimatsländern der Einwanderer, 464 in Brasilien erfolgt waren, und zwar 1629 Romanen bzw. Romano-Brasilianer und 668 Germanen), auf Ansiedlungen farbiger Eingeborener und — allerdings in sehr beschränktem Maße — auf freilebende Indianerhorden. Bei den in Europa geborenen Angehörigen germanischer Rasse findet sich ein Geburten-

maximum in den Monaten Dezember, Januar und Februar, also ein Konzeptionsmaximum in den Monaten März bis Mai. Für die in Brasilien geborenen sind die Monate der Maximalhöhe der Geburtenwelle Januar bis März, wonach die Kurve allmählich bis Mai herabsinkt, um erst im Juni das Monatsmittel zu unterschreiten. Zu dieser Geburtenbewegung gehört ein Konzeptionsmaximum in den Monaten April bis Juni mit langsamem Abklingen in den beiden folgenden Monaten. Beachtenswert ist ein Sinken der Geburtenziffern bis an oder unter die Hälfte des Mittels in den Monaten September bis November und ein darauf einsetzendes jähes Hinaufschnellen der Zahlen ins Maximum. Unter den Romanen fällt das Geburtenmaximum für die in der alten Heimat Geborenen in die Monate November und Dezember, das Minimum wird, wie auch bei den Germanen, im Mai erreicht; diesen Monaten entsprechen als Konzeptionsperioden Februar und März, teilweise auch April. Für die in Brasilien geborenen Romanenabkömmlinge dagegen liegt das Geburtenmaximum im Dezember, dem drei Monate starken Aufsteigens der Ziffer über das Mittel vorausgehen; das Konzeptionsmaximum liegt also im März. Bei den Germanen zeigt sich somit eine Verschiebung des Maximums der Konzeption um einen Monat nach vorwärts, bei den Romanen eine Rückwärtsverlegung des Beginns der Maximumskurve um einen Monat, während die Periode des Maximums in den gleichen Monat fällt, unabhängig von dem Geburtslande. Verf. ist geneigt, diese Unterschiede zwischen Germanen und Romanen mit der verschiedenen Anpassung an die klimatischen Verhältnisse ihrer neuen Heimat in Zusammenhang zu bringen. Auf die Germanenkolonisten wirkt die starke Wärmesteigerung in den Monaten November bis März erschlaffend ein, hingegen regt die stellenweise schon im März, allgemein aber Ende April und Mai einsetzende kühle Jahreszeit ihren Sexualtrieb an, und zwar in recht gesteigertem Maße, wie das Hinaufschnellen der Geburtenziffern im Zeitraum November bis Januar um 300% zeigt. Bei den Romanen dagegen (hauptsächlich Italiener und Spanier, spärlich Portugiesen) bringt das ihrer ursprünglichen Heimat ähnliche Klima nur eine geringe Veränderung in der Jahreskurve ihrer sexuellen Erregbarkeit hervor; das Ansteigen des Maximums über den Durchschnitt beträgt bei ihnen nur 21%, bei den Germanen aber 66%. — Aus etwa 1300 Geburten innerhalb der Negerrasse (48% davon unehelich) konnte Verf. keinerlei Beobachtungen über verschiedene Gruppierung der Geburtenziffern innerhalb der Monate herausfinden, höchstens 2—5% über den Durchschnitt der Monate Februar und März, was aber möglicherweise mit wirtschaftlichen Verhältnissen, der kirchlichen Gesetzgebung oder den Maifeiertagen zusammenhängt. Unter den freilebenden Indianern (wenige Beobachtungen nur) vermochte er ein Geburtenmaximum von Juni bis August festzustellen, was aber wohl in der Hauptsache auf Rechnung der von der großen Regenzeit verursachten Veränderung der Lebensführung (größere Seßhaftigkeit, Vereinigung kleinerer Horden) zu setzen wäre. *Buschan* (Stettin).

McMurtrie, Douglas C.: Figure characteristics in the female as factors in sexual allurement. The influence of the corset. (Charakteristika der weiblichen Gestalt als Faktoren sexueller Anlockung — der Einfluß des Korsetts.) Lancet-clinic Bd. **110**, Nr. 7, S. 171—174. 1913.

Die Schönheit der Frau hinsichtlich sexuellen Anreizes beruht auf den sekundären Geschlechtscharakteren, Brust und Hüften resp. Becken. Den Reiz der unteren Gliedmaßen lehnt Autor als nur auf unserer Sitte der Verhüllung beruhend ab. Brust und Hüften soll das Korsett hervortreten lassen. Keine Mode, sondern Rasseninstinkt zwecks sexueller Anreizung. Folgen des Korsetts in ästhetischer, allerdings von sexueller Beziehung freien Hinsicht: Einbuße an Schönheit, in hygienischer: Einschränkung der Atmung durch ausschließliche Rippenatmung (Anämie), Atrophie der Brustdrüsen, Erkrankung der Ovarien, der Uterusmuskulatur und Schleimhautausfluß, Abort, Verlagerungen. — Das moderne Korsett zeigt nicht mehr die hochgradige Taillenschnürung, Autor befürchtet jedoch deren Rückkehr. *Mohr* (Berlin).

Robinson, William J.: How to deal with the problem of prostitution. (Wie ist das Problem der Prostitution zu behandeln?) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 8, S. 381—390. 1913.

Seit dem Beginne des Christentums hat es nicht an Versuchen, selbst ganz barbarischen, gefehlt, die Prostitution zu unterdrücken; alle Versuche indessen hatten bisher keinen Erfolg. Verf. geht die hauptsächlichsten Ursachen, die für dieses notwendige Übel verantwortlich gemacht werden, durch, findet aber, daß keine derselben stichhaltig ist. Er meint, daß ein Aufhören der Prostitution nur einsetzen kann, wenn wir unsere Ansichten über sexuelle Moral ändern und auch eine Umwandlung in unseren ökonomischen Bedingungen eintreten lassen. Dieser Umschwung steht aber kaum vor 1—2 Hundert Jahren zu erwarten. Daher bringt Verf. für den Augenblick folgende Vorschläge: 1. Alle Prostituierten müssen registriert werden und einen Erlaubnisschein zur Ausübung ihres Handwerks erhalten. 2. Sie müssen ferner Unterricht in sexueller Hygiene erhalten, auf die großen Gefahren der Geschlechtskrankheiten hingewiesen und über die Mittel, sie zu verhüten, auch eine Schwangerschaft, aufgeklärt werden. 3. Sie müssen sich in der Woche zweimal der Untersuchung durch einen kompetenten Arzt unterziehen, am liebsten einen weiblichen. 4. Es müssen Krankenhäuser für venerische Krankheiten erbaut werden, in denen die Prostituierten aber nicht wie Gefangene, sondern mit der gleichen Sorgfalt wie andere Kranke behandelt werden. In gleicher Weise will Verf., daß sie auch, sofern sie sich anständig betragen, nicht von anderen Menschen schlecht behandelt werden, und daß sie die Polizei nicht mehr zu fürchten haben, als „irgendeine anständige Frau". 5. Die jungen Leute müssen nicht nur über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und des Alkohols, sondern auch über die besten Vorbeugungsmittel, um dieser Gefahr zu begegnen, aufgeklärt werden.

Buschan (Stettin).

Hancock, Frank H.: Regulation of prostitution in the city of Norfolk, Virginia. (Reglementation der Prostitution in der Stadt Norfolk, Virginia.) Virginia med. semi-monthly Bd. **17**, Nr. 22, S. 559—561 1913

Nach einer geschichtlichen Übersicht über die durch die Zivilisation bedingte Entwicklung und Reglementation der Prostitution befürwortet der Verf. eine bessere Behandlung und Belehrung der Prostituierten in der Hygiene, wie sie von Dr. Schenk in seinem Plane einer „Kontrolle und Reglementation der Prostitution in der Stadt Norfolk, Virginia" entworfen worden ist. *Klein* (Straßburg i. E.).

Veit, J.: Der Geburtenrückgang, seine Ursache und die Mittel zu seiner Bekämpfung. Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. **5**, H. 2, S. 219—236. 1913.

Veit glaubt, daß in erster Linie künstliche Mittel und Willkür den Geburtenrückgang verursachen. Seine Vorschläge gehen von einem konkreten Fall aus — Strafverhandlung gegen eine Frau, die im Auftrage eines entflohenen Arztes federnde Intrauterinpessare eingelegt hat — und sucht darzutun, daß hier die Aktion der Ärzte und der Juristen einsetzen muß. Wenn der Arzt aus bestimmter Indikation konzeptionshindernde Mittel anwendet, so ist das eine Operation; wenn dasselbe jedoch indikationslos gemacht wird, so ist es eine Körperverletzung, und zwar nicht eine fahrlässige, sondern eine vorsätzliche. Sie kann Schädigung des Gesamtorganismus zur Folge haben; speziell die federnden Intrauterinpessare führen zum Abort. — Dasselbe gilt vom kriminellen Abortus, dessen Häufigkeit enorm zunimmt. Seine Bekämpfung würde vielleicht eher gelingen, wenn man die Schwangere, welche die Anzeige erstattet, für straffrei erklären oder nur bedingt verurteilen würde. Auch müßten die Hebammen an den § 25 ihrer Dienstordnung mehr erinnert werden, wonach selbst die Vermutung einer Abtreibung die Anzeige an den Kreisarzt verlangt. *Kermauner* (Wien).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.

Band III, Heft 4. S. 145—192

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Henkes, J. C.: Nasenkrankheiten und Dysmenorrhöe. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Tweede helft Nr. 5, S. 327—333. 1913. (Holländ.)

Nach sorgfältiger Literaturübersicht teilt Henkes einige selbst beobachtete Fälle mit, die er als Rhinologe behandelte und sich dadurch zu der Fließschen Theorie bekehren ließ.

1. 16jähriges Mädchen, Tumor der mittleren Nasenscheidewand, mit Resektion und Kauterisation entfernt. Nach einem halben Jahre kommt Patientin geheilt wieder; die Mutter erzählte, daß sich gleich nach Operation bei dem vorher nicht menstruierten Mädchen eine schmerzlose Blutung eingestellt hat, und daß sie seitdem regelmäßig menstruierte (was nach Ansicht des Verf. schon vorher geschehen wäre, wenn nicht der die Genitalpunkte umfassende Nasentumor gewesen wäre). 2. 35jährige Jungfrau. Starke Schwellung und Hypertrophie der beiden mittelsten und der rechten untersten Concha. Resektion. Nach 3 Monaten erzählt Pat. auf Befragen, daß sie vor der Operation an Dysmenorrhöe gelitten habe, welche jetzt ganz verschwunden sei. Nach 1 Jahre wieder Nasenklagen und Dysmenorrhöe. Schwellung der rechten unteren Concha und der Nasenscheidewand. Nachdem diese weggemeißelt ist, verschwinden alle Klagen; 1 Jahr darauf völliges Wohlbefinden oben und unten. 3. 17jähriges Mädchen: Resektion der vorderen Hälfte der mittleren Muscheln, Kauterisation der unteren und des Tuberculum septi, Adenotomie. Nach 10 Tagen hat Patientin keine Klagen mehr und kann durch die Nase atmen. Nach einem halben Jahr teilt die Mutter spontan mit, daß die vorher bestehende unregelmäßige und schmerzhafte Menstruation seit der Operation regelmäßig und schmerzlos verlaufe. 4. 30jährige Frau, Katarrh beider eustachischen Tuben und starke Schwellung der unteren Muscheln. Taubheit. Katheterisation der Tuben und Kauterisation der Muscheln. Nach einem halben Jahre teilt die geheilte Patientin auf Befragen mit, daß auch ihre frühere Dysmenorrhöe nach der Nasenbehandlung gebessert sei. 5. 26jähriges Fräulein. Kauterisation der geschwollenen Muscheln und des Tuberculum septi. Heilung. Nach einem halben Jahre gibt Patientin auf Befragen an, daß auch ihre frühere Dysmenorrhöe verschwunden sei. *C. H. Stratz.*

Schickele, G., Die nervösen Ausfallserscheinungen der normalen und frühzeitigen Menopause in ihren Beziehungen zur inneren Sekretion. Handb. d. Neurol. Bd. 4. Spez. Neurol. 3, 434—454. Berlin: Springer, 1913.

In der vorliegenden Arbeit faßt Schickele alles übersichtlich zusammen, was wir in dieser Beziehung wissen, indem er immer seinen individuellen Gesichtspunkt betont, jedoch dabei alle anderen Meinungen zu Worte kommen läßt. Sch. faßt die so variablen Ausfallserscheinungen als toxische auf, hervorgerufen durch Übersekretion der Antagonistendrüsen der Ovarien. Da die Ovarien fraglos eine den Blutdruck herabsetzende Funktion haben, so wird nach ihrem Aufhören eine Blutdrucksteigerung eintreten, die wir in der Tat ja meist klinisch beobachten können; der Grad dieser Steigerung ist indessen nicht proportional den Störungen. Die Tatsache, daß Blutdrucksteigerung und Ausfallserscheinungen nicht immer auftreten, erklärt sich daraus, daß andere Drüsen die Rolle des Ovariums übernehmen; ferner spielt natürlich die konstitutionelle Verschiedenheit der Individuen eine Rolle. Die Einzelheiten der interessanten Erörterungen müssen im Originale nachgelesen werden. Therapeutisch empfiehlt Sch. Ovarialextrakte, während er sowohl der Implantation eines fremden gesunden Ovariums als auch der autoplastischen Verpflanzung skeptisch gegenübersteht. *Seige* (Partenkirchen).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Ruffo, Albino: Di un nuovo metodo di colorazione delle cellule granulose (Mastzellen). (Eine neue Methode zur Färbung der Mastzellen.) (*Istit. di*

patol. spec. chirurg. dimostr., e clin. chirurg. propedeut., univ., Padova.) Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. Nr. **26**, S. 609—610. 1913.

Nachdem Verf. die verschiedenen Färbemethoden zur Darstellung der Mastzellen von Ehrlich, Westphal, Pappenheim und Unna referiert und ihre Vorzüge und Nachteile hervorgehoben hat, gibt er ein von ihm selber ausprobiertes Verfahren an.

Fixieren in Alc. absol., einbetten in Paraffin, entparaffinieren der freien, unaufgeklebten Schnitte, durch die Alkoholreihe in destilliertes Wasser überführen, dann färben ca. 10 Stunden in folgender Mischung: Basisches Fuchsin 1 g, alc. abs. 10 ccm, aq. dest. 100 ccm. Karbolsäure 5 g; aus der Farblösung direktes Überführen in 5proz. Schwefelsäure, Verweilen bis zum makroskopischen Verschwinden der Farbe. Zur Beschleunigung der Differenzierung dient ein rasches Eintauchen in 80proz. Alkohol und Zurückbringen in die Differenzierungsflüssigkeit; von hier direkt in alkoholische Methylenblaulösung, auswaschen in destilliertem Wasser.

Bei dieser mit der Ziehl-Neelsen Tuberkelbacillenfärbung identischen Methode erscheinen die Mastzellengranula deutlich rotviolett auf schwachblauem Grunde.

Weishaupt (Berlin).

Hachtel, F. W.: The use of blood-agar in the routine examination of milk sediments. (Die Verwendung von Blutagar bei der Untersuchung von Milchsedimenten. Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 8, S. 565. 1913.

Die Erkenntnis von dem Zusammenhang der Milch mit der Verbreitung gewisser Streptokokkeninfektionen machte neue Methoden zur Auffindung der Streptokokken und zu ihrer Differenzierung notwendig. Die Aussaat von Milchsediment auf Blutagar erwies sich als ein gutes Hilfsmittel zur Unterscheidung der verschiedenen Streptokokken. Der Autor hat 86 Proben pasteurisierter Milch untersucht und von sieben Proben acht verschiedene Mikroorganismen isolieren können; 4 mal Streptoc. lacticus, 3 mal Pneumokokken, 1 mal Streptoc. pyogenes. Doch fand sich der letztere nicht in der pasteurisierten Milch, sondern in einer solchen, welche allen Anforderungen einer einwandfreien Milch entsprach. Als Quelle wurde eine Kuh gefunden, die, ohne Zeichen von Euterentzündung zu bieten, eine streptokokkenhaltige Milch absonderte. *Benario.*

Goudsmit, M. E.: Zur Technik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1775—1776. 1913.

Verf. schlägt vor, das Verfahren, die als Substrat zu verwendenden Organe blutfrei zu machen, was nach Abderhalden durch mehrfaches Auspressen in fließendem Wasser geschieht, dadurch abzukürzen, daß das vorher zerkleinerte und gut ausgepreßte Substrat dreimal in $^1/_2$ proz. Wasserstoffsuperoxydlösung geschüttelt und dann in der gleichen Lösung gekocht wird. Die Organe werden dadurch schneeweiß. Die weitere Prüfung auf etwa noch vorhandene mit Ninhydrin reagierenden Stoffe geschieht nach der Vorschrift von Abderhalden. Durch die Wasserstoffsuperoxydbehandlung scheint das Organeiweiß weder destruiert noch irgendwie umgesetzt zu werden. Die Aufbewahrung der Organe geschieht statt in Kochwasser mit Toluolüberschichtung zweckmäßiger in reinem Toluol ohne Chloroformzusatz. Eine etwaige Hämolyse der zu verwendenden Seren kann durch das Spektroskop erkannt werden. Das aseptische Arbeiten hält Verf. für eine unnötige Erschwerung der Technik. Sauberes Arbeiten genügt. *Fetzer* (Königsberg).

Mayer, A.: Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren und seine klinische Bedeutung. (Med.-naturwiss. Verein, Tübingen, Sitzg. v. 30. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1972. 1913.

Urstein, M.: Die Bedeutung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens für die Psychiatrie und das korrelative Verhältnis der Geschlechtsdrüsen zu anderen Organen mit innerer Sekretion. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 33, S. 1325—1331. 1913.

Unter Hinweis auf seine Hypothesen über das Wesen der Katatonie erörtert der Verf. die Bedeutung der Abderhaldenschen Dialysiermethode für die Diagnose psychischer Krankheiten. Nach Ansicht des Verf. und Fausers, über dessen Untersuchungen ausführlich berichtet wird, handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle von Dementia praecox um eine Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen und der Schilddrüse. Das von

diesen Drüsen in das Blut abgegebene „blutfremde“ Organeiweiß regt dann die Leukocyten zur Produktion eines spezifischen Fermentes an, durch das jenes Organeiweiß weiterhin gespalten wird. Die dabei auftretenden Zwischenprodukte wirken dann schädigend auf die Hirnrinde, deren Dysfunktion man serologisch durch das Auftreten eines zweiten Schutzfermentes (gegen Hirn) nachweist. Für die organischen Psychosen hat der serologische Nachweis einer Dysfunktion geringeren Wert als für die Erkennung funktioneller Psychosen, insbesondere für die Diagnose der Katatonie und ihrer Abgrenzung gegenüber dem zirkulären bzw. degenerativen Irresein. Ob das Abderhaldensche Verfahren auch in prognostischer Hinsicht einen Nutzen für die Psychiatrie bedeutet, bleibt noch abzuwarten. *Windmüller* (Breslau).[M]

Allgemeine Diagnostik:

Müllerheim, Robert: Diagnostische Schwierigkeiten bei Abdominaltumoren. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 1, S. 278—298. 1913.

Die Diagnostik der Bauchgeschwülste ist ein schwieriges Kapitel in der Medizin, weil zur richtigen Beurteilung nicht nur das allgemeine Befinden des kranken Menschen, nicht nur die funktionelle Prüfung des betroffenen Organes, sondern auch die lokalen Erscheinungen des Tumors beobachtet werden müssen. Gerade die örtlichen Symptome können aber durch die versteckte Lage der Geschwulst im Abdomen und durch das Übergreifen auf die Nachbarorgane so verschleiert sein, daß selbst die subtilste Untersuchung noch Zweifel in der Deutung übrigläßt. Da tritt als letzte Zuflucht die Probelaparotomie in ihr Recht. Zur Illustration solcher sich ergebenden differential-diagnostischen Schwierigkeiten dienen 7 seltene Fälle, die Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte und die ihm Veranlassung geben, sie einzeln differentialdiagnostisch zu würdigen. Es handelte sich hierbei 1. um eine Urachuscyste; 2. um einen kongenitalen Hochstand der Harnblase am Nabel; 3. um ein retroperitoneales Lymphdrüsensarkom, 4. um eine Dystopie der Niere; 5. um eine gleichzeitige intra- und extrauterine Gravidität; 6. um eine eingebildete Schwangerschaft bei tympanitischem Meteorismus und endlich 7. um ein Coecum mobile. *Weber* (München).

Allgemeine Therapie:

● **Lomon, André, et Camille Hahn: Précis de radiologie pratique.** (Praktische Röntgenkunde.) Paris: Soc. d'éd. scient. et méd. 1913. 217 S. Frs. 9.—.

Der erste Teil des Buches behandelt sehr eingehend das gesamte Instrumentarium des Röntgenologen (inkl. Röntgenröhren, Ventilröhren, Durchleuchtungsschirm, Verstärkungsschirm, Meßmethodik). Der zweite Teil bringt die Diagnostik. Nach kurzer Besprechung der allgemeinen Bedingungen für Durchleuchtung und Photographie wird die Diagnostik der einzelnen Organe und Regionen beschrieben. Dann folgt in einem dritten Abschnitt eine Besprechung der Röntgentherapie. Die Diagnostik des Gynaekologen wird nur gestreift, in Kapitel Therapie ist von Interesse, daß die Autoren auch bei Frauen unter 40 Jahren mit Myomen die Röntgentherapie empfehlen, sofern diese nicht durch den Verdacht maligner Degeneration kontraindiziert erscheint. Technik: 3—4 abdominale Eintrittspforten erhalten monatlich je 4—5 H einer durch 1—2 mm Al.-F. gefilterten Strahlung von X—XII Benoist Härte. Das Buch enthält im allgemeinen wie im diagnostischen Teil eine stattliche Anzahl schöner instruktiver Abbildungen. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Lange, Sidney: Roentgenotherapy in measured massive doses. (Röntgentherapie unter Anwendung hoher Dosen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. 61, Nr. 8, S. 556—559. 1913.

Verf. bespricht das selektive Verhalten der Krebszellen auf Röntgenstrahlen gegenüber anderen normalen Gewebszellen, was mit einer höheren Absorptionskraft jener Zellen für Röntgenstrahlen zusammenhängt. Die Aufgabe des Röntgentherapeuten besteht deshalb in der Erfüllung dreier Bedingungen: 1. Bestimmte Gewebszellen müssen gesättigt werden mit derjenigen Strahlenqualität, welche sie zu absorbieren vermögen, denn die Zellen sind nur von

absorbierbaren Strahlen zu beeinflussen. 2. Die zur Sättigung dieser Gewebszellen angewandten Strahlen dürfen darunter oder darüber liegendes normales Gewebe nicht schädigen. 3. Die Strahlen müssen in hinreichender Zahl angewandt werden, um die gewünschte Veränderung herbeizuführen. Mit den Unterschieden harter und weicher Strahlen ist man hinreichend gut bekannt, hinsichtlich der Erfüllung der zweiten Bedingung ist eben der selektive Unterschied normalen Gewebes von pathologisch verändertem zu berücksichtigen. Was die dritte Bedingung betrifft, so soll man keine verzettelte Dosen geben, wo die volle Wirkung der Strahlen auf ein Gewebe zur Anwendung kommen soll. Verf. ist der Ansicht, daß in diesem Falle auch die wiederholte Applikation zu kleiner Dosen nicht imstande ist, die volle Wirkung kurzzeitiger großer Dosen zu erzielen, auch haben kleine Dosen oftmals zur Stimulation und nicht zur Schädigung der betreffenden Zellen geführt. An verschiedenen Beispielen sucht Verf. den Vorzug einmaliger großer Dosen zu erläutern, bespricht die Gaußsche Methode der Bestrahlung von Uterusmyomen und klimakter. Blutungen und rühmt ihre Überlegenheit gegenüber der Bestrahlung mit fraktionierter Dosierung. Endlich erwähnt er noch die Behandlung von vergrößerter Thymus bei Kindern mit einer oder zwei hohen Bestrahlungsdosen, wendet sich speziell zu den Fällen von Carcinom der Kiefer, des Rachens und der Zunge und tritt hier besonders für die hochdosierte Röntgenbestrahlung ein, deren Vorzüge gegenüber chirurgischen, schwer entstellenden Eingriffen er rühmt, nur muß man den Strahlen den Zugang zu allen Krebszellen durch geeignete Maßnahmen frei machen. Hinsichtlich der Menge der anzuwendenden Strahlen bei der Behandlung ist zu bemerken, daß die biologische oder wirksame Dosis gleich ist der physikalischen Dosis multipliziert mit dem Koeffizienten der Empfänglichkeit des Gewebes unter der Behandlung. Bei der Anwendung dieser hohen Dosen sind mögliche Gefahren und Spätschädigungen infolge von Wiederholung solcher Dosen zu berücksichtigen, doch hat Iselin die Ungefährlichkeit der Wiederholung der Erythemdosis bei Anwendung vom Filter neuerdings dargetan. Eine solche Behandlung muß natürlich in der Hand des ausgebildeten und erfahrenen Röntgenologen bleiben. *Lohfeldt* (Hamburg).

Gunsett, A., Zur Technik der Dosierung der Röntgenstrahlen speziell bei hohen Dosen. (*Röntgenlaborat. Dr. Gunsett, Straßburg i. E.*) Strahlentherapie Bd. **2**, H. 2, S. 568—572. 1913.

Verf. empfiehlt das Chromoradiometer von Bordier zur Messung hoher Röntgendosen. Seine Anwendungsweise wird genau beschrieben. Die Art der Eichung ist eine sehr exakte, da eine I-Einheit einer bestimmten Gewichtsmenge entspricht. In einer Tabelle sind die I-Einheiten Bordiers in Kienböckeinheiten übertragen. Speziell für das Instrument sensibilisierte Tabletten, Einhalten ungefähr derselben Röhrenbetriebsverhältnisse, wie sie bei der Eichung des Instrumentes vorhanden waren und schließlich Ablesen der Tabletten bei Tageslicht, sind die Hauptbedingungen für eine exakte Angabe. Die Unannehmlichkeit, die in der letztgenannten Bedingung liegt, wird am besten durch das von Nogier angegebene Radiochromoskop umgangen. Man liest dabei immer zuerst bei gelbem Licht, wobei man die dreifache Dosis erhält, dann bei blauem Licht die richtige Dosis ab. Dosen, die höher sind als 16 X, werden direkt im Blaulicht abgelesen. *Borell* (Düsseldorf).

Weitzel, Fritz: Erfahrungen mit der Röntgen-Tiefentherapie. (*Frauenklin., Dresden.*) Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1, S. 272—275. 1913.

Bericht über die Bestrahlungsresultate vom Oktober 1912 bis Mai 1913. Technik: Felderbestrahlung vom Abdomen aus durch 8 Eingangspforten; Röhrenhärte 7—9 Benoist, Sekundärbelastung 4—5 Milliampere, 18 cm Fokushautabstand, Aluminiumfilter von 3 mm Dicke, Dosimeter nach Kienböck. Bestrahlung an 2 aufeinanderfolgenden Tagen durch je 4 Eingangspforten; Applikation von je einer Erythemdose (5—7 Min. Dauer); durchschnittlich 5—600 X in 7 Serien. Instrumentarium: Dessauer Reformapparat, Müller und Veifa Wasserkühlröhren. Von 64 Patientinnen ist bei 21 Myomkranken, 5 mit hämorrhagischer Metropathie und 2 mit Dysmenorrhöe die Behandlung abgeschlossen. Es trat meist Amenorrhöe, bzw. Oligomenorrhöe und zum Teil auch Tumorschwund ein. Die Dysmenorrhöe wurde besonders günstig bei jungen Frauen beeinflußt. Ausfallserscheinungen traten nur in geringem Grade auf. Bei einer Myomkranken wurde unbeabsichtigt ein Abort durch die Bestrahlung eingeleitet. Gestielte Myome, subseröse und submuköse werden besser operiert. Starke Blutungen sind keine Gegenindikationen zur Bestrahlung. Vor Einleitung der Röntgentherapie empfiehlt Verf. bei unregelmäßigen Blutungen die Probecurettage. *Dorn* (Kempten).

Czyborra, Arthur: Uterus und Ovarien nach Röntgenbestrahlung. — Ovarialtumor im Anschluß an Blasenmole. (*Priv.-Frauenklin. v. Rosinski, Königsberg i. Pr.*) Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 38, S. 1037—1042. 1913.

Verf. berichtet von einer Frau, die wegen Uterus myomatosus im Laufe von 5¼ Jahren mit Röntgenstrahlen behandelt wurde (zuletzt nach Gauß). Da die Menses nicht ganz sistierten und sich immer noch Blutflecken zeigten, worüber sich die Patientin sehr aufregte, wurde der Uterus mit den Adnexen entfernt; das rechte Ovar war hinter dem Uterus fixiert. Der Uterus hatte sich während der Bestrahlung verkleinert, enthielt aber ein submuköses Myom. Die

mikroskopische Untersuchung der Ovarien ergab, daß links sowohl Graafsche Follikel wie auch Primordialfollikel fehlten und durch Bindegewebe ersetzt waren. Das rechte Ovar dagegen enthielt zwar keine Graafschen Follikel, wohl aber noch Primordialfollikel.

Verf. ist geneigt, den nicht vollkommenen Erfolg der Röntgentiefentherapie trotz ausreichender Dosis dem gleichzeitigen Zusammenhang von submukösem Myom, atypischer Lage des rechten Ovars und nicht genügendem Erwarten der Wirkung der letzten Strahlenserie (Operation 6 Tage nach der letzten Bestrahlung) zuzuschieben.

Außerdem berichtet Verf. noch über eine Frau, bei der 4 Wochen nach Ausräumung einer Blasenmole links und rechts vom Uterus je ein orange- bis mannskopfgroßer, anscheinend cystischer Tumor gefunden wurde. Die Geschwülste wurden per laparotoniam entfernt und als Luteincysten diagnostiziert. Im mikroskopischen Bild war eine schrankenlose Durchwucherung mit Luteinzellen zu sehen.

Verf. glaubt, daß man besser daran tut, solche Tumoren nicht für absolut benigne anzusehen. Sobald man Ovarialcysten, die nach Mole entstanden sind, feststellt, sollen sie, ohne Rücksicht auf ihre Beschaffenheit und ohne daß ein Chorionepitheliom mit dabei zu sein braucht, operativ entfernt werden. *Jaeger* (München).

Courmelles, Foveau de: Les rayons X et le radium en gynécologie. (Röntgenstrahlen und Radium in der Gynaekologie.) (17. congr. internat. de méd., Londres, 6.—12. VIII. 1913.) Gaz. de gynécol. Bd. 28, Nr. 653, S. 257—265. 1913.

A) Röntgenstrahlen: Beeinflussung der Blutungen und der uterinen oder organischen Neuralgien; ev. durch Hinzunahme von Radium per vaginam. Bisweilen erzielt man hierdurch noch Erfolg, wenn Röntgenstrahlen allein keinen Erfolg gehabt haben. Die Wirkung tritt meistens auf nach zwei Serien à drei Sitzungen. Wirkung: Der Zeitraum zwischen den einzelnen Menses wird normal, ebenso ihre Stärke und Dauer. In einzelnen Fällen vollständiges Schwinden der Tumoren. Um die Blutungen in den ersten Monaten zu stillen, Unterstützung der Bestrahlungskur durch Anwendung des faradischen und galvanischen Stromes. Die Röntgendosis richtet sich nach der Konstitution der betreffenden Patientin und nach dem Alter des Fibroms. Während der Dauer der Nichtbestrahlung: hydrotherapeutische Maßnahmen. Die Ausfallserscheinungen sind gering. Die Röntgenkur eignet sich besonders gut für die arbeitende Klasse. Kontraindikation: Vaginale Entwicklung des Tumors, schnelles Wachstum, bösartige Degeneration. Gefahrlos bei guter Technik, filtrierten Strahlen usw. — B) Radium: a) Carcinom, hier erzielen große Dosen stärkere Wirkung. Bei Rezidiven sofort wieder Radium; bei infiltrierendem Carcinom keine gute Resultate. Anwendung des Radiums sofort post operationem. b) Fibrom: reagieren gut auf Radium: Aufhören der Blutungen mit nachfolgender Verkleinerung des Tumors. c) Metritis: gute Resultate. d) Gutartige Tumoren. Verschwinden der Perimetritis und Metrorrhagien. e) Maligne Tumoren: bei inoperablen 70% Besserung. *Immelmann* (Berlin).

Haendly, P.: Die Wirkung der Mesothorium- und Röntgenstrahlen auf das Carcinom, den Uterus und die Ovarien. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Strahlentherapie Bd. 3, H. 1, S. 300—307. 1913.

Verf. machte auf Grund ausführlicher histopathologischer Untersuchungen an bestrahltem Carcinomgewebe, an Uterus und Ovarien folgende Beobachtungen: Zwei- bis dreiwöchige Bestrahlung hat auf das Carcinomgewebe eine geradezu elektive Wirkung — im Gegensatz zu Exner — nämlich primäre Schädigung der Krebszellen, die zu einer Störung in der Zellvermehrung (Fehlen von Mitosen, Riesenzellenbildung), in gewissem Grade zu einer Änderung des Zellcharakters (Plattenepithel, Verhornung) und dann durch Kariolyse und Verschwinden der kernlosen Protoplasmamasse zum völligen Zellverfall führt. Das Bindegewebe weist insofern, wie ein durch den Untergang der Carcinomzellen entstandener Effekt zu ersetzen ist, eine Neubildung auf. Dieses neugebildete Bindegewebe sklerosiert und degeneriert ebenso wie das übrige Bindegewebe. Die glatte Muskulatur atrophiert und verschwindet fast völlig. Die Muskelfibrillen degenerieren zum Teil hyalin. Im Ovarium werden die Primärfollikel völlig zerstört. Die Gefäße zeigen eine hyaline Degeneration der Adventitia und Media. Die letztere verkalkt hin und wieder. Durch eine Wucherung der Intima kommt es zu einer Oblitera-

tion zahlreicher Gefäße. Die elastischen Fasern quellen auf und verklumpen, die Plasmazellen und eosinophilen Leukocyten verschwinden mit der zunehmenden Sklerosierung und hyalinen Degeneration. Den klinischen Erfolg dieser Veränderungen wird die Zukunft lehren. *Dorn* (Kempten).

Levy-Dorn, Max: Zur Wirkung der Röntgenstrahlen auf maligne Geschwülste. Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1, S. 210—215. 1913.

Verf. rät, die Röntgenstrahlentherapie der malignen Tumoren nicht ganz zu vernachlässigen. Wenn man auch keine stets zu erwartenden Resultate damit erzielen kann, so ist doch die heilende Wirkung derselben in manchen Fällen nicht zu verkennen. Experimentelle Untersuchungen an Carcinommäusen zeigten, daß kirschgroße Tumoren mit Dosen von 80 Kienböck harter Strahlen mit Wahrscheinlichkeit zu beseitigen waren, während allerdings einige Geschwülste desselben Impfmaterials refraktär blieben; die individuelle Gewebsreaktion ist also von Bedeutung. Verf. teilt 3 Erfolge bei menschlichen Tumoren mit; einer betraf ein Lymphosarkom, dessen Rezidive und Metastasen durch 5 Jahre in Abständen bestrahlt wurden, und das jetzt 3 Jahre rezidivfrei ist. 2 Fälle betrafen Periostsarkome, von denen eins, am Oberschenkel, geheilt, das andere, ein nach Operation rezidivierendes am Daumen zu fortschreitendem Rückgang gebracht wurde. Genaue Angaben über Dosierung der Strahlen. (2 Röntgenbilder.)
Hoffmann (Dresden).CH

Bayet, A.: Le traitement du cancer par le radium. (Die Behandlung des Krebses mit Radium.) Journal méd. de Bruxelles Jg. **18**, Nr. 32, S. 311—319.

Es kommen für die Carcinombehandlung die weichen, halbweichen und die harten Strahlen des Radiums in Frage. Die ersteren kommen für Oberflächenwirkung in Betracht und dringen nicht mehr als 1—2 cm ein; die harten haben Tiefenwirkung, sind aber nur zu 1—3% vorhanden, und müssen, um Wirkung zu erzielen, sehr lange angewendet werden. Alle therapeutische Wirkung muß stark sein, schwache Wirkung regt das Wachstum der Krebszellen an. Man muß über mindestens 10 Zentigramm Radium verfügen.

1. Oberflächliche Carcinome: Man läßt weiche Strahlen 10—12 Stunden in Stärke von 300 000—500 000 Einheiten ohne Filter, und zwar 2—3 Stunden täglich einwirken. Charakteristisch ist die 14 Tage nach der Bestrahlung auf dem Carcinom auftretende „Radiumkruste". Vorteile sind: leichte Anwendung, schmerzloses Verfahren und vorzügliche Narbenbildung, die durch kein anderes Mittel zu übertreffen ist. Hautentzündungen treten niemals ein. Wegen seiner vortrefflichen Narben ist es geeignet für Epitheliome an den Lidern, Gehörgang, Zahnfleisch und Wangeninnerem. Erfolge auch bei Lippenepitheliomen und Ulcus rodens des Gesichtes. Refraktär sind jedoch manche der letztgenannten, Epitheliome am inneren Augenwinkel, Carcinome der Zunge und der Vulva. 2. Tiefe Carcinome: Technik: 300 000—1 000 000 Einheiten durch 2 mm Blei, oder 2—5 cg Radium in Silber oder Platin von 3—5 Zehntel Millimeter Wandung. Bei Carcinomen in der Tiefe keine Erfolge, dagegen bei solchen unter der Haut (Brust, Hals), und den durch Körpereröffnungen erreichbaren: Oesophagus, Rectum, Prostata, Uterus. Dennoch soll jedes operable Carcinom wenn möglich, und der Zustand des Patienten es gestattet, radikal entfernt werden. (Mitteilung von Erfolgen bei Uterus, Prostata und Oesophagustumoren.)

Verf. tritt sowohl für präparatorische, wie für postoperative Bestrahlung ein. Auch Rezidive und inoperable Tumoren sollen bestrahlt werden; Mitteilung bemerkenswerter Erfolge, ohne verfehltem Optimismus zu huldigen. Beachtenswerte primäre Resultate wurden auch bei Sarkomen und Lymphosarkomen erzielt. *Hoffmann*.CH

Bondy, Oskar: Versuche über die bactericide Wirkung des Mesothorium. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 31, S. 1142—1146. 1913.

Der rasche Rückgang der carcinomatösen Jauchung durch radioaktive Substanzen veranlaßte Bondy zu untersuchen, ob es sich hierbei um eine bactericide Wirkung der strahlenden Materie handelt oder ob eine Gewebsumstimmung zustande kommt in dem Sinne, daß die Bakterienflora ihres günstigen Nährbodens beraubt wird. Für die Radiumstrahlen ist eine bactericide Wirkung bereits bekannt. Als Untersuchungspräparate dienten 2 Mesothoriumkapseln, eine flache Glimmerkapsel mit 15 mg und ein Silberröhrchen mit 30 mg. Resultate: Ungefilterte Strahlen: Wachstumsaufhebung bzw. Wachstumshemmung für Prodigiosus- und Staphylokokkenkolonien; keine Einwirkung auf Streptokokken und Tetanus. Mit stark gefilterten Strahlen keinerlei Einwirkung. Bactericid wirken nur die α- und ein Teil der β-Strahlen, die γ-Strahlen nicht.

Da bei der Carcinombehandlung bisher meist nur γ-Strahlen verwandt wurden, hält Verf. die Wirkung des Mesothoriums auf die Jauchung beim Carcinom für eine gewebsumstimmende. *Borell* (Düsseldorf).

Pinkuss, A.: Die Behandlung des Krebses mit Mesothorium und ihre Kombination mit anderen Verfahren. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 36, S. 1720 bis 1722. 1913.

Die ausschließliche Mesothoriumbehandlung mit großen Dosen ist bei allen inoperabelen oder der Operation schwer zugänglichen Krebserkrankungen, ferner bei sonst operabelen Fällen, bei denen die Operation mit größeren Schwierigkeiten und demgemäß größerer Lebensgefahr verbunden ist, oder wo Altersgebrechlichkeit oder andere schwere organische Erkrankungen die Vornahme der Operation verbieten, sodann bei allen Rezidiven indiziert. In Anbetracht der Umstände, daß zur Vernichtung des Krebses durch die ausschließliche Bestrahlung große und daher sehr kostspielige und schwerer erreichbare Dosen von Mesothorium erforderlich sind, daß ferner die Möglichkeit der Verhütung von Metastasierungen während derselben noch nicht sicher erwiesen ist, daß außerdem die richtige Anordnung und Konzentration des Mesothoriums und die Filtertechnik noch nicht endgültig festgestellt ist, gilt noch heute die Operation in allen leicht operabelen Fällen als das sicherste und kürzeste Mittel zur Beseitigung des Krebses. Nach geschehener Operation ist eine längere Zeit hindurch in bestimmten Abständen vorzunehmende Mesothoriumbestrahlung ein sicheres Mittel zur Verhütung von Rezidiven. Die mit der Bestrahlungsbehandlung gleichzeitig kombinierte Chemo- und Calcinationstherapie bietet Aussicht auf Vervollkommnung der Heilerfolge. *Lohfeldt* (Hamburg).

Müller, Christoph: Die Röntgenstrahlenbehandlung der malignen Tumoren und ihre Kombinationen. Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1, S. 177—199. 1913.

Nach der Ansicht von Müller ist die Ursache für die Empfindlichkeitsverschiedenheit der Tumoren gegen Röntgenstrahlen ausschließlich in dem Gehalt der Zellen an Lecithin zu suchen: je mehr Lecithin, desto größere Empfindlichkeit; durch den Zerfall des Lecithins entsteht Cholin, das als Zerstörer der Zellen aufzufassen ist. Durch Injektion von Cholin kann also dieselbe Wirkung erzielt werden wie durch die Röntgenbestrahlung; doch lassen sich genügende Mengen von Cholin nur durch intra- oder paratumorale Injektion an die Geschwülste heranbringen, während die bisher erprobten (selbst die ameisensauren und borsauren) Cholinverbindungen zu giftig sind, um in allein wirksamen Dosen intravenös angewendet werden zu können. Doch unterstützen auch geringere Mengen die zerstörende Wirkung der Röntgenstrahlen. Ebenso verhält es sich mit den kernzerstörenden Kolloidmetallen. Eine weitere empfehlenswerte Kombination ist die mit Radium oder Mesothorium; ferner die mit Hyperämie durch Hochfrequenz und Diathermie. Durch diese Kombinationen: Röntgenstrahlen, Cholin- und Kolloidmetallinjektion und Hochfrequenz und Diathermie werden Wirkungen erzielt, die die alleinige Röntgenbestrahlung weit übertreffen. *Thiemann* (Jena).CH

Opitz, Erich: Randbemerkungen über Unterstützung und Ersatz der Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste. (*Frauenklin., Univ. Gießen.*) Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1, S. 251—259. 1913.

Von der Überzeugung ausgehend, daß die Verbindung mehrerer Verfahren, die für sich allein nicht oder nur wenig wirksam sind, bessere Erfolge zeitigt, verabreichte Verf. Jodkali innerlich und behandelte die mit scharfem Löffel gereinigten und oberflächlich verschorften inoperablen Carcinome mit Kalomel, das er aufpuderte. Diese kombinierte Behandlung beseitigte Blutung und Jauchung für lange Zeit (Jodquecksilberwirkung). Innerliche Gaben von Cholin hatten vorübergehenden Wachstumsstillstand der Geschwülste zur Folge. Versuche über eine kombinierte Behandlung von Cholin und Röntgenbestrahlung sind noch nicht abgeschlossen. Die Beobachtung, daß die Lymphdrüsen Carcinomzellen unschädlich machen, daß Carcinomherde mit einer reaktiven Zone (Lymphocyten) umschlossen werden, läßt es wünschenswert erscheinen,

eine künstliche allgemeine oder lokale Lymphocytose zu erzeugen. Sollte Salzmangel in der Nahrung die Wucherung der Epithelzellen begünstigen, so könnte die Zufuhr von Silicaten (Zeller), Kalk oder anderen Salzen bei der Behandlung des Carcinoms in Frage kommen. Versuche mit Serumbehandlung hat Verf. vorläufig aufgegeben, da er zweimal schwere Erscheinungen danach beobachtete (anaphylaktischer Shock).

Frangenheim (Köln).[CH]

Weil, E. Albert: Le traitement radiothérapique des néoplasies malignes. (Die radiotherapeutische Behandlung der malignen Neoplasmen.) Journal de physiothérap. Jg. **11**, Nr. 127, S. 349—359. 1913.

Zunächst werden die Epitheliome besprochen, und zwar unterscheidet der Autor auch hinsichtlich der Beeinflußbarkeit streng zwischen Basalzellen- und Spindelzellenepitheliomen; die ersteren wurden durchgehends gut beeinflußt, speziell wenn es sich um flache Epitheliome, Ulcus rodens handelte. Bezüglich der Spindelzellenepitheliomen machte Verf. die gleiche Beobachtung wie Darier, daß sie schwer beeinflußbar sind; deswegen sei die chirurgische Behandlung Therapie der Wahl. Nach Chaperon sind alle jene Spindelzellenepitheliome, die sich auf die Haut beschränken, durch Röntgenstrahlen gut beeinflußbar. Verf. glaubt die Heilungschancen noch günstiger gestalten zu können durch Verwendung starkgefilterter Strahlung (4 mm Al.). Technik: kleine Dosen sollten wegen Gefahr der Reizwirkung nicht mehr appliziert werden, sondern nur mittlere oder hohe Dosen. Die Applikation hoher Dosen vertritt besonders André Broca, indem er auf einer Stelle eines ulcerierten Epithelioms 20—30 H (unter Filter gemessen) gibt; die benachbarten gesunden Partien werden durch eine Zinkoxyd- oder Bleijodürpaste geschützt, die bis auf 5 mm an den Rand der Ulceration heranreicht. Ehrmann bestrahlt mit 1-, 2- oder 3 mm-Filter; Dosis 20—25 H (unter Filter gemessen); genügt diese eine Bestrahlung nicht, so folgt nach spätestens 5—10 Wochen eine zweite Dosis von 15—20 H. Nur selten ist noch eine dritte Dosis nötig. Brocq und Belot bestrahlen nach voraufgegangener Excochleation des Tumorgewebes; zunächst 6—7 H (harte Strahlung); nach 14 Tagen 5—6 H, dann nach 3 Wochen 3—5 H, was meist genügt. Sarkome: Kienböck fand bei 90 Fällen in 18% Heilung, in 57% Besserung, in 25% keine Beeinflussung. Ein von Gocht bestrahltes Melanosarkom des Auges blieb 4 Jahre rezidivfrei; Levy-Dorn berichtet über ein geheiltes Lymphosarkom und ein periostales Femursarkom, die beide nach 6 Jahren noch rezidivfrei waren. Muskel-, Knochen- und Gelenksarkome werden nach Verf. allgemein wenig beeinflußt. Carcinome sollen soweit als möglich operativ angegriffen und hernach prophylaktisch bestrahlt werden. Technik: 1—2 mm Al., 5—6 H (unter Filter) pro Feld, Kreuzfeuerbestrahlung. Serien alle 15—18 Tage, 3 Monate lang, dann „längere“ Pause. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Labeau, Roger: Traitement par la radiothérapie de quelques cas de sarcomes et de tumeurs malignes cliniquement diagnostiqués. (Die radiotherapeutische Behandlung einiger Fälle von klinisch diagnostiziertem Sarkom und bösartigen Tumoren.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux Jg. **34**, Nr. 34, S. 397—402. 1913.

Die Hauptsache ist, sofort nach gestellter Diagnose mit der Röntgenbestrahlung zu beginnen und nicht zu warten, bis Inoperabilität eingetreten ist. Bei ev. Rezidiven sofort wieder bestrahlen. Einzig und allein kommt die Tiefenbestrahlung in Betracht.

Immelmann (Berlin).

Fränkel, Ernst: Blutuntersuchungen an röntgenbestrahlen Tieren. (Naturhist.-med. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 20. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 34. S. 1912. 1913.

Das hämolytische Komplement zeigt nur bei großen Dosen hin und wieder eine Abschwächung. Bestrahlte Kaninchen weisen eine gegen die Norm herabgesetzte Agglutininbildung gegen Typhusbacillen auf. *Runge* (Berlin).

Giraud: Untersuchungen über die Absorption der γ-Strahlen des Radiums durch einige organische Substanzen. (*Laborat. f. Radioaktivität, Gif.*) Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1, S. 82—85. 1913.

Die Versuchsanordnung war im Prinzip folgende: Auf einem mit Blei umhüllten Goldblattelektroskop befand sich ein zylindrischer Messingbehälter, an dessen oberster Fläche das Radium angebracht war. In den Zylinder wurde die zu untersuchende Substanz derart eingefüllt, daß die γ-Strahlen durch sie hindurchtreten mußten, um zu dem Elektroskop zu gelangen. Durch entsprechende Bleischutzvorrichtungen wurden parasitäre Strahlungen abgehalten. Es zeigte sich, daß das Absorptionsgesetz

für die untersuchten Substanzen streng exponentiell ist, d. h. wenn die Dicke der Substanz zweimal größer wird, nimmt die Strahlung, die sie durchdringt, um die Hälfte ab. Die Dicke der Substanz, welche die Hälfte der Strahlung unterdrückt, beträgt für Wasser 20,4 cm, physiol. NaCl-Lösung 18,3 cm, Blut 14,4 cm, Muskelgewebe 7,6 cm. *Reiss* (Frankfurt).[M]

Lazzaraga: Die postoperative Röntgenbestrahlung des Mammacarcinoms. (Ärztl. Verein, Marburg, Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 34, S. 1913. 1913.

Ruß, S.: Die im tierischen Gewebe entstehenden Sekundärstrahlen. Strahlentherapie Bd. **3,** H. 1, S. 308—313. 1913.

Es wurde die Frage experimentell zu lösen versucht, ob von primärer Röntgenstrahlung getroffenes tierisches Gewebe eine charakteristische, homogene Sekundärstrahlung aussende, und ob diese Strahlung bei verschiedenem Gewebe verschieden sei. Die Experimente wurden unternommen unter der Voraussetzung, daß der biologische Effekt und Ionisation einander parallel gehen. Resultat: Die von Wasser und Blut ausgesandte Sekundärstrahlung zeigte keine Differenz in der Absorption durch dieselben Filter; die vom pulverisierten Knochen emittierte Sekundärstrahlung ist weicher durch den größeren Calciumgehalt und wird leichter absorbiert. Die vom normalen Milzgewebe verursachten Sekundärstrahlen sind fast dieselben wie die des Wassers und des Bluts. Entfettetes und entwässertes Milzgewebe hat eine leichter durch Aluminiumfilter zu absorbierende Sekundärstrahlung, und veraschtes Milzgewebe sendet eine noch weichere Sekundärstrahlung aus infolge seines Gehaltes an Eisen. Ähnlich wie die Milz verhält sich die Leber. Die benutzte Röhre wurde bei einer Funkenlänge von 9 cm betrieben. Aus einer Tabelle ist zu lesen, daß die Milz die weichste Sekundärstrahlung hat. Wahrscheinlich ist darauf die leichte Beeinflußbarkeit dieses Organs zurückzuführen. *Müller* (Freiburg i. B.).

Laqueur, A.: Zur Anwendung der physikalischen Therapie bei gynaekologischen Erkrankungen. (*Rudolf-Virchow-Krankenh., Berlin.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 211—218. 1913.

Pyosalpinx, Salpingo-oophoritis, Perisalpingitis, parametritische Exsudate, Douglasexsudate, Narbenadhäsionen nach Operationen wurden einer physikalischen Behandlung unterworfen. Während in der ersten Zeit Heißluftbehandlung in Form der Heißluftbäder oder des Glühlichtbügels in Anwendung kam, wurden dann heiße Sandbäder und zuletzt Fangoumschläge angewendet (Temperatur 40—50°, täglich 1 Stunde). Fango wirkt schmerzstillend und resorptionsbefördernd. Von 93 Fällen wurden 76 gebessert, objektive Besserung in 39% der 76 Fälle, in 81% subjektive Besserung erzielt. Durch Anwendung der Diathermie nach Sellheim wurde jetzt nach erst kurzer Zeit der Anwendung die schmerzstillende Eigenschaft erkannt, ob die resorptionsbefördernde in demselben Maße vorhanden, hat Verf. noch nicht erfahren. Vorteil der Diathermie ist die Möglichkeit, die Wärme auf eine bestimmte Stelle zu lokalisieren. Erkrankungen, unter dem Namen der Neurasthenie sexualis zusammengefaßt, und neurasthenische Erscheinungen nach Kastration wurden nach vorheriger Anwendung von Wärme mit kühlen Halbbädern und Teilabreibungen behandelt. Vasomotorische Störungen bei klimakterischen Beschwerden wurden durch Sauerstoffbäder resp. Luftperlbädern gebessert. Bei sekundärer Anämie nach Abort oder Metrorrhagien sind durch Kälteapplikation gute Resultate erzielt, ebenso bei Menorrhagien. *Müller* (Freibg. i. B.).

Prudnikow, L. W.: Materialien zur Frage der künstlichen Sterilisierung der Frau mit Hilfe der Elektrokoagulation. (*Milit.-med. Akad. St. Petersburg*). Inaug.-Diss. St. Petersburg 1913. 122 S. (Russisch.)

Verf. schlägt eine neue Sterilisationsmethode vor, die in der Verätzung und künstlichen Obliteration der uterinen Tubenostien besteht. Methodik: Benutzung des Thermofluxapparates (Reiniger, Gebbert und Schall) Stromstärke 1—$1^1/_2$ Ampère, Elektrodenfläche = 12 qmm; Dauer der Einwirkung 30—60 Sekunden; Ver-

wendung einer speziellen uterinen „Elektrokoagulationssonde". Die Arbeit zerfällt in einen experimentellen und einen klinischen Teil. Der erstere enthält Versuche an 24 Kaninchen, bei denen — nach Laparotomie — die Übergangsstelle von Tube zu Uterushorn der Elektrokoagulation unterworfen wurde. Verschieden lange Zeit nachher wurden die Tiere getötet: hierbei wurden in frischen Fällen tiefgreifende nekrotische Prozesse der Uteruswand gefunden; in späteren Stadien — Entwickelung von Granulationsgewebe und schließlich völlige Obliteration (letztere unter 36 mikroskopisch untersuchten Fällen 24 mal). Längste Beobachtungsdauer 210 Tage. Keines der Tiere mit völliger Obliteration wurde gravid. — Im klinischen Teil wird über 9 Fälle berichtet: in 2 Fällen erfolgreiche therapeutische Verwertung der Methode (nachträgliche Beobachtungsdauer 18 resp. 7 Monate); in den übrigen 7 Fällen handelte es sich um Uteruscarcinome, die einige Tage bis 1 Monat nach vorgenommener Verätzung der Tubenostien der vaginalen Exstirpation unterworfen wurden. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen entsprechen den im Tierexperiment gefundenen. — Verf. betont, daß die Frage eines weiteren, insbesonderen klinischen Studiums bedarf; er glaubt dieser Methode eine gute Zukunft prophezeihen zu können. *Hein* (St. Petersburg).

Holzapfel, Karl: Zur Technik der tubaren Sterilisierung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 189—191. 1913.

Zur temporären Sterilisierung gibt H. folgendes Verfahren an:

Nach Eröffnung des Abdomens wird etwas lateral von der Tubenmitte die Tube mit einer Klemme gefaßt und medial von der Klemme durchschnitten, ebenso gut 1 cm weit das Ligamentum latum; der uterine Tubenstumpf wird ohne Peritoneum mit einer Pinzette oder spitzen Klemme gefaßt und auf 2 cm aus dem Peritoneum herauspräpariert, wobei meist das Messer helfen muß, um das Peritoneum nicht zu verletzen. Zugleich werden hier die Blätter des Lig. latum auseinandergedrängt, 1—3 cm, je nachdem sich das Ligament ohne Verletzung auseinanderbreiten läßt. Das Tubenende wird mit einem feinem Catgutfaden abgebunden und kurz abgeschnitten, dann wird vom uterinen Tubenende aus das Peritoneum mittels einer spitzen, dünnen, runden, durchaus glatten Nadel seroserös fortlaufend vernäht bis zum lateralen Tubenende. Dieses wird in der Klemmfurche abgebunden, so daß die Stumpflichtung extraperitoneal bleibt. Soll der Verschluß halten, so kommt natürlich sehr viel darauf an, daß das Peritoneum nicht angerissen wird. Daß das laterale Tubenstück mit beiden Öffnungen intraperitoneal liegt, scheint Holzapfel besser, als die mediale Öffnung desselben zu versenken.

Das Verfahren wurde bis jetzt in 4 Fällen angewendet, wovon drei über 1 Jahr zurückliegen. Bei keiner Patientin trat Konzeption ein. Zur Wiederaufhebung der Sterilisierung bot sich bisher keine Gelegenheit. Dieselbe würde nach den Angaben des Autors darin bestehen, daß das versenkte Tubenende vorgezogen, gespalten, durch zwei Nähte evertiert offen gehalten und der laterale Stumpf dicht angenäht wird. *Köhler* (Wien).

Sellheim, Hugo: Der Einfluß der Kastration auf das Knochenwachstum des geschlechtsreifen Organismus und Gedanken über die Beziehungen der Kastration zur Osteomalacie. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 362—373. 1913.

Nachdem Sellheim schon 1899 durch Tierversuche nachgewiesen hatte, daß die vor der Pubertät ausgeführte Kastration den mit der Pubertät normalerweise einsetzenden relativen Abschluß des Knochenwachstums hintanhält, untersucht er nunmehr den Einfluß der Kastration auf den Knochen im geschlechtsreifen Organismus. Als Versuchsobjekt diente Rehwild. Das Geweih, ein aus dem Stirnbein durch Vermittlung des Stirnzapfens herauswachsender Knochen, wird gebildet in der Zeit sexueller Unproduktivität; es stirbt ab in der Zeit sexueller Hauptproduktion und während der darauf folgenden Erholungspause. Kastriert man nun ein männliches Rehkitz, so bleibt die Bildung des Stirnzapfens und damit jegliche Geweihbildung aus; das Stirnbein erhält weiblichen Typus. Kastriert man das Tier aber erst, nachdem die Stirnzapfen gebildet sind, so setzt eine permanente Knochenproduktion an Stelle des regelmäßig intermittierenden Knochenwachstums ein. Die Demarkierung zwischen Geweih und Stirnfortsatz zur gewohnten Zeit bleibt aus; das Geweih wird nicht abgeworfen. Durch die an der Peripherie vom Periost ausgehende, unaufhörlich fortschreitende

Knochenbildung entstehen monströse Gebilde (Perückengeweihe). Es fällt also durch die Keimdrüsenentfernung ein das Knochenwachstumsvermögen wenigstens an den Stirnzapfen periodisch hemmender Einfluß aus. Man kann also einen kausalen Zusammenhang zwischen der Periodizität des Geschlechtslebens und der der Geweihbildung annehmen: die Keimdrüse beschneidet zur Zeit der größten Inanspruchnahme des Körpers durch die Fortpflanzung (Brunst, Trächtigkeit) das Eigenwachstum. Vielleicht läßt sich hierdurch auch die Osteomalacie und die heilende Wirkung der Kastration erklären. Wenn man annimmt, daß in der menschlichen Schwangerschaft durch den Eierstock oder seine puerperale Veränderung eine Sparwirkung im mütterlichen Knochenstoffwechsel bedingt wird, so würde die Osteomalacie als eine pathologische Steigerung oder, wenn man an eine ungünstige Konstitution der Mutter denkt, als eine pathologische Wirkung eines an sich physiologischen Vorgangs erscheinen. *Bischoff.*

Allgemeine Chirurgie:

Jüngling, Otto: Bedingt die Methode der Hautdesinfektion mit Jodtinktur eine Gefahr der Jodintoxikation für den operierenden Arzt? (*Chirurg. Univ.-Klin., Tübingen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1766—1767. 1913.

Der Jodgehalt der Luft des Operationssaales ist trotz relativer Schwere des Jods am größten über dem Operationsfeld. An einem 5stündigen Operationsmorgen nahmen Operateur usw. je $1/_2$ mg Jod ein. Untersuchung des Lymphocytengehaltes des Blutes, der durch Jod vermehrt wird, ergab aber, daß das Blutbild der mit Jod Arbeitenden nicht verändert wird, daß also das Joddesinfektionsverfahren als indifferent bezeichnet werden kann. *Paetzold.*[CH]

Anikeeff, A. W.: Zur Frage der Desinfektion der Haut des Operationsfeldes und der Hände mit Alkohol und Jodtinktur. (*Städt. Krankenh., Kiew.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Jg. **28**, H. 7/8, S. 963—976. 1913. (Russisch.)

Anikeeff erwähnt die verschiedenen Desinfektionsmethoden und Resultate mehrerer Autoren und kommt auf Grund der eigenen klinischen Erfahrungen und bakteriologischen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Methode Bunn-Grossich (Abwaschen des Operationsfeldes mit 96proz. Alkohol und 2maliges Jodieren) gibt besseres Resultat im Sinne der Hautdesinfektion als die alte Methode Fürbringers (Waschen mit Wasser und Seife, Behandlung der Haut nachher mit 96proz. Alkohol und Sublimat 1 : 2000). 2. Diese Methode erzielt ein hohes Heilungsprozent der Wunde per primam (91%). 3. Jodtinktur wirkt baktericid und sichert eine genügende Sterilität der Haut. 4. Das Prozent der Komplikationen, das unmittelbar von der Anwendung der Jodtinktur abhängig gemacht werden kann, ist sehr gering. 5. Die Methode Grossich-Bunn zeichnet sich durch die einfache technische Ausführung und Schnelligkeit derselben aus und verdient eine breite Anwendung sowohl in der allgemeinen Chirurgie als auch in der Gynaekologie. *Ginsburg* (Breslau).

Horn, C. ten: Desinfektion mit Jodtinktur. (*Lanzsche Klinik, Amsterdam.*) Ned. Maandschr. v. Verloskunde enz. Jg. **2**, Nr. 7, S. 429—440. 1913. (Holländ.)

Schon vor Grossich hat Lanz (1900) die Jodapplikation an schwer zu desinfizierenden Stellen, jedoch nach vorheriger Waschung, angewendet, sie aber wegen häufiger Ekzeme wieder verlassen. Nach kritischer Besprechung der Literatur und Vergleichung mit den Erfahrungen an der Lanzschen Klinik kommt ten Horn zu dem Ergebnis, daß bei streng aseptischen Anforderungen die Methode von Fürbringer vorzuziehen sei, daß die Joddesinfektion ohne weiteres empfehlenswert ist bei allen Schnelloperationen, bei großer Schmerzhaftigkeit, bei kachektischen und schwerkranken Patienten. Ein Nachteil bleibt immer das drohende Ekzem und die fast unvermeidlichen sekundären, kleinen Hautinfektionen. *C. H. Stratz.*

Bovee, J. Wesley: The use of iodine in abdominal surgery, gynaecology, and obstetrics. (Der Gebrauch des Jods in der Abdominalchirurgie, der

Gynaekologie und der Geburtshilfe.) Internat. clin. Bd. 2, Ser. 23, S. 219 bis 225. 1913.

Bovee empfiehlt die Anwendung des Jods bei den obengenannten operativen Eingriffen bei postoperativen Eiterungen durch Fäden, vereiterte Hämatome, und für die Händedesinfektion. So hat er z. B. zum Händewaschen bei geburtshilflichen und chirurgischen Operationen eine wässerige Lösung der Jodtinktur von $^1/_9$% benutzt und ist gegenwärtig noch mit der Prüfung dieses Verfahrens beschäftigt. Die Einzelheiten, besonders ob die Lösungen wässeriger oder alkoholischer Natur, müssen im Original, das im großen und ganzen nichts Neues bringt, nachgelesen werden. *Creite* (Göttingen).CH

Straub, Walther: Über die Gefährlichkeit der Kombination von Morphin mit allgemeiner Narkose und mit Schlafmitteln. (*Pharmakol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 33, S. 1823—1824. 1913.

Morphin, ebenso Chloroform und Veronal lähmen das Atemzentrum. Daher kann Kombination dieser Narkotica unter Umständen tödlich sein. Bei reichlich erfolgter Morphingabe ist, falls noch Narkose notwendig ist, Äther vorzuziehen. *Paetzold* (Berlin).CH

Marangoni, Giuseppe: L'anestesia locale negli interventi di alta chirurgia. (Die lokale Anästhesie in der großen Chirurgie.) (*Osp. civ., Padova.*) Riv. veneta di scienze med. Bd. **58,** Nr. 7, S. 289—308. 1913.

Geschichte, Mitteilung der eigenen Statistik (174 Fälle = 107 Hernien), Beschreibung der Technik. *Monnier* (Zürich).CH

Guedea, Don Luis: Lokalanästhesie bei Bruchoperationen. (*Chirurg. Klin., Madrid.*) Progresos de la clinica Jg. **1,** Nr. 1, S. 34—53. 1913. (Spanisch.)

Da die Lokalanästhesie in Spanien noch wenig verbreitet ist, beschreibt Verf. die Braunsche Technik mit allen Details unter Beifügung von Illustrationen aus dem Braunschen Lehrbuche und dem Toldtschen Atlas und berichtet schließlich zur Erläuterung der großen Vorteile, welche die Braunsche Lokalanästhesie bietet, über zwei besonders schwierige unter den vielen Hernien, welche er nach der genannten Methode operiert hat. *Schmid* (Prag).

Linkenkeld, J.: Beitrag zur Beurteilung postoperativer Beschwerden nach Laparotomien. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 226—240. 1913.

Das Auftreten von Beschwerden infolge postoperativer Verwachsungen wird nach Ansicht des Verf. überschätzt. Verwachsungsbeschwerden treten nur dann auf, wenn das Darmlumen dauernd oder zeitweise verengt wird, ferner wenn ein Zug am Mesenterium ausgeübt wird und schließlich, wenn Netzadhäsionen einen Zug ausüben. Diese Gesichtspunkte sollen bei Operationen wegen Verwachsungen maßgebend sein. Das Zurückbleiben postoperativer Beschwerden ist häufig nicht auf Verwachsungen zurückzuführen, selbst wenn sich solche finden, sondern darauf, daß durch die Operation die eigentliche Krankheitsursache nicht beseitigt wurde. Die beste Methode zur Vermeidung postoperativer Beschwerden ist daher eine möglichst präzise Stellung der Diagnose und Indikation vor und während der Operation. Einschränkung der Operationen aus laxer Indikation. Winke bezüglich der Beurteilung von Beschwerden in der Blinddarm-, Gallenblasen- und Magengegend und vor allem auch von seiten der Unterleibsorgane. Natürlich ist das Entstehen von Verwachsungen durch exakte Technik, vor allem Übernähung aller vom Peritoneum entblößten Stellen, auch der Netzstümpfe möglichst zu verhüten. *Butzengeiger* (Elberfeld).

Rouville, de, et Arrivat: Un cas de cysthématome menstruel post-opératoire. (Ein Fall von postoperativem menstruellen Cysthämatom.) Sem. gynécol. Jg. **18,** Nr. 30, S. 239—240. 1913.

Bei 32jähriger Nullipara werden wegen Menorrhagie und Dysmenorrhöe beide Adnexe exstirpiert (Angaben über klinischen und pathologisch-anatomischen Befund fehlen). Glatte Heilung. Patientin ist 7 Monate lang amenorrhoisch und ohne Beschwerden. 8 Monate nach der Operation plötzlich heftige Schmerzen in rechter Unterbauchseite und starke Blutung. 6 Wochen lang dauernde Schmerzen und unregelmäßige Blutungen. Rechts neben Uterus fühlt man einen rundlichen hühnereigroßen, gut beweglichen Tumor, der mäßig empfindlich ist. Bei der Laparotomie zeigt sich, daß der rechts neben dem Uterus liegende Tumor mit demselben nur leicht verklebt ist, dagegen festere Verwachsungen mit zwei Dünndarmschlingen hat. Supravaginale Amputation des Uterus im Zusammenhang mit dem Tumor. Letzterer ist cystisch von schiefer-

grauer Farbe, enthält eine rötlich-braune Flüssigkeit. Die histologische Untersuchung ergibt, daß die Wand aus 2 Schichten besteht. Die innere zeigt charakteristische Merkmale für Ovarialgewebe, wie eine kleine Follikulärcyste und eine Corpus-luteum-Narbe. Die äußere Schicht besteht aus zellarmem Bindegewebe. *Ruhemann* (Berlin).

Axhausen, G.: Die freie Schleimhautüberpflanzung (Abdominalschleimhaut) im Experiment. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **102,** H. 1, S. 121—138. 1913.

Verf. hat an Hunden Stücke aus Magen- resp. Blasenwand reseziert, die Mucosa freipräpariert und sofort wieder auf Magen resp. Blase aufgenäht, so zwar, daß bei den einen Fällen die Mucosa des Transplantates der freien Peritonealhöhle, bei den anderen der Magenresp. Blasenserosa zugewendet war. Die Transplantationen wurden auto-, homöo- und heteroplastisch (an Kaninchen) ausgeführt.

Hetero- und homöoplastisch transplantierte Stücke hatten im wesentlichen dasselbe Schicksal, nämlich Gewebstod und Ersatz durch Bindegewebe, wobei am schnellsten das Epithel, weniger rasch die Muscularis mucosae resorbiert wurde. Die autoplastisch transplantierten Stücke blieben hingegen am Leben und es fanden sich durchwegs cystische Gebilde vor, deren Wand außer von dem Transplantate in der einen Serie von Magen- resp. Blasenwand, in der anderen Serie (wo die Mucosa gegen die freie Peritonealhöhle gerichtet war) von Adhäsionen gebildet wurde, die sich unter dem Anfüllen des Cysteninhaltes abgehoben hatten. Alle Cysten zeigten eine vollständige epitheliale Auskleidung, die Blasenschleimhautcysten mehrschichtiges Übergangsepithel, die Magenschleimhautcysten einschichtiges Cylinderepithel. Der Cysteninhalt war bei den Blasenschleimhautcysten ein einfaches Transsudat, bei den Magenschleimhautcysten eine opalescierende, fadenziehende Flüssigkeit, deren chemische Untersuchung in einem Falle Pepsin, in dem zweiten der untersuchten Fälle Pepsin und freie Salzsäure ergab. *Freund* (Wien).

Kuskowa-Usowa, L. A.: Kochsalztropfeingüsse per rectum in der Gynaekologie. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Jg. **28,** H. 7/8, S. 979—986. 1913. (Russisch.)

Erfolgreiche Anwendung von Kochsalztropfeingüssen per rectum bei verschiedenartigen entzündlichen Prozessen des Uterus und dessen Adnexe. Es werden zunächst täglich, dann jeden 2. Tag bei chronischen Prozessen 3 Gläser, bei akuten 6—7 hereingetropft (60 Tropfen in 1'). Die ganze Kur dauert etwa 2 Monate. Die allgemeine Reaktion äußert sich in Temperatursteigerung, Kopfschmerzen, die lokale in Schwellung des Uterus und Adnexe. In allen Fällen verminderten sich die Beschwerden, wie Schmerzen, Fluor, Müdigkeit, Blutungen, bei frischen Prozessen schwanden sie ganz. Die Wirkung der Salzeingüsse versucht Autor folgendermaßen zu erklären: das Salz ruft eine Transsudation der Lymphe aus den Gefäßen hervor, verstärkt den Lymphstrom im Infektionsherde und desinfiziert ihn auf diese Weise. *Ginsburg* (Breslau).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Slingenberg, Bodo: Die Behandlung der Urethritis, Vulvovaginitis und Endometritis gonorrhoica. Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde Tweede helft Nr. 10, S. 753—756. 1913. (Holländ.)

Die im Archiv für Gynaekologie beschriebene Vaccinationskur verbindet Slingenberg mit lokaler Anwendung von Protargol, welches in die Urethra, Vagina und den Uterus eingespritzt wird. Die Patientinnen müssen dabei in den ersten Wochen das Bett hüten. Regelmäßige mikroskopische Kontrolle des Sekrets. Wenn die Gonokokken verschwunden sind, wird Zincum sulfuricum, Plumbum aceticum aa. oder Boralumnol angewendet. Außerdem 2 mal 0,3 Gonosan pro die. Die meisten Fälle waren in durchschnittlich vier Wochen geheilt. *C. H. Stratz.*

Pampanini, G.: Contributo alla casistica dell'associazione tubercolare e neoplastica genitale. (Beitrag zur Kasuistik des gleichzeitigen Vorkommens von Tuberkulose und Neubildungen am Genitale.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Parma.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35,** Nr. 7, S. 217—227. 1913.

In einer willkürlich herausgegriffenen Serie von 150 Neubildungen fanden sich in 8,66% tuberkulöse Affektionen des Genitales und zwar bei den Fibromen des Uterus 3 mal (2,2%

der Fibrome), bei den Cysten des Ovariums und Parovariums 9mal (8,5% der Cysten), beim Carcinoma uteri 1 mal (1,9% der Carcinome). Die Tuberkulose saß in allen Fällen in den Tuben, 2mal auch im Uterus. *Stolz* (Graz).

Fränkel, Ernst, und Friedrich Gumpertz: Anwendung des Dialysierverfahrens (nach Abderhalden) bei der Tuberkulose. (*Inst. f. Krebsforsch., Heidelberg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 33, S. 1585—1586. 1913.

Bericht über 80 Untersuchungen an Seren von klinisch Tuberkulösen und Tuberkuloseverdächtigen. Als Antigen dienten tuberkulöses käsiges Gewebe aus menschlichen Lungen oder Drüsen oder Tuberkelknötchen aus menschlicher Lunge. Die Reaktion war bei Tuberkulösen häufiger positiv als bei klinisch nicht tuberkulösen, besonders in Fällen, in denen Fieber bestand. Zahlreiche positive Fehlresultate bei anderen Kranken (Carcinom, Gravidität, Darmblutungen, Nephritis, Pseudoleukämie). *Alfred Lindemann* (Berlin).[M]

Allgemeines über Geschwülste:

Lintz, Wm.: The treatment of cancer by autolyzed human fetal tissues after Fischera. (Die Krebsbehandlung mit Hilfe von autolysiertem embryonalen Gewebe nach Fischera.) New York State journal of med. Bd. **13,** Nr. 1, S. 1—2. 1913.

Von der Beobachtung ausgehend, daß der Krebs so gut wie nie bei jugendlichen Individuen vorkommt, daß er bei jungen Ratten experimentell nicht erzeugt werden kann und ferner, daß die Injektion fötaler Organe im Tumorgewebe Nekrosen macht, hat Fischera den Organbrei menschlicher Embryonen der ersten 6 Monate den Krebskranken intratumoral wie subcutan injiziert. Die sterilen Organe werden mit der 20fachen Menge physiologischer Kochsalzlösung verrieben und 2 Monate lang bei 37° der Autolyse unterworfen. Man injiziert von diesem Extrakt 2—4 mal wöchentlich 2—4 ccm. Die Resultate von Lintz waren ungleichmäßige. *Gräfenberg* (Berlin).

Goetze, Otto: Bemerkungen über Multiplizität primärer Carcinome in Anlehnung an einen Fall von dreifachem Carcinom. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. **13,** H. 2, S. 281—302. 1913.

Die Autopsie eines 75jährigen Mannes ergab im wesentlichen ein Magencarcinom, eine adenomatöse Polyposis des Darms, vier Carcinome des Colon descendens bzw. der Flexura sigmoidea, ein Rectumcarcinom, einen Scirrhus des rechten Prostatalappens, Krebsmetastasen in der Leber. Auf Grund der histologischen Untersuchung mußten alle Carcinome, mit Ausnahme der Leberknoten, die als Metastasen der Darmcarcinome aufzufassen waren, als primäre Geschwulsteruptionen gedeutet werden. *Konjetzny* (Kiel).[CH]

Regnault, Jules: De l'éosine employée comme mordant dans le traitement des cancers et en particulier dans le traitement des épithéliomas superficiels par les pâtes arsenicales silicatées. (Über die Anwendung von Eosin als Ätzmittel in der Behandlung der Krebse und im besonderen in der Behandlung der oberflächlichen Krebse mit Arsen-Siliciumpasten.) Bull. gén. de thérapeut. Bd. **165,** Nr. 22, S. 886—894. 1913.

Regnault gebraucht die Huesche Paste, die er für die zweckmäßigste Zusammensetzung hält. Sie besteht aus Acid. arsen., Cocain, Gummi und einem Silicat; quantitative Angaben werden nicht gemacht. In schweren Fällen wird die Wirkung durch Eosin, das entweder der Paste beigemischt oder in Lösung auf die erkrankte Stelle vor Anwendung der Paste aufgestrichen wurde, unterstützt. Das Eosin soll durch eine spezielle Affinität zu den Krebszellen wirken. Die Anwendungsweise wird genau beschrieben und auf die Fehler hingewiesen, die die Behandlung mit diesen Präparaten in der ärztlichen Praxis diskreditiert haben. Besonders die zu häufige Wiederholung ist schädlich. Verf. gibt 9 Krankengeschichten so behandelter Patienten, von denen 8 geheilt, 1 sehr wesentlich gebessert wurden. *Kleinschmidt* (Leipzig).[CH]

Philipp, Rudolf: Über die Behandlung inoperabler Tumoren mit Elektroselenium Clin. (*Med. Univ.-Klin. R. v. Jaksch, Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38,** Nr. 34, S. 473—474. 1913.

Bericht über 4 mit intravenösen Injektionen von Elektroselenium Clin behandelte Fälle von malignen Tumoren. Fast nach allen Injektionen traten nicht unbedenkliche Schüttelfröste und Krämpfe auf; nur in 2 Fällen war ein geringfügiges Zurückgehen

der Tumoren bemerkbar. Von einer weiteren Anwendung des Mittels wurde deshalb Abstand genommen. *Alfred Lindemann* (Berlin).[M]

Goldzieher, M., und E. Rosenthal: Zur Frage der Geschwulstdisposition. (*Pathol.-anat. Inst., ungar. Univ., Budapest.*) Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. **13,** H. 2, S. 321—331. 1913.

Verff. suchen der Frage der Geschwulstdisposition auf experimentellem Wege näher zu kommen. Sie haben zu diesem Zweck vergleichende Untersuchungen mit Injektion von K- und Ca-Salzen bei Impftumoren von Mäusen vorgenommen. Dabei stellten sie fest, daß das Tumorwachstum ebenso wie das Wachstum embryonaler Gewebe durch K-Salze gefördert, durch Ca-Salze gehemmt wird. Sie haben ferner mit Ovarium- und Hodenextrakten experimentiert und den Einfluß der Kastration auf das Tumorwachstum studiert, ohne jedoch verwertbare Resultate zu erhalten. Mit Hilfe statistischer Erhebungen von Sektionsfällen suchen sie ferner zu beweisen, daß ein deutlicher Gegensatz zwischen dem Vorhandensein von Stauungserscheinungen, z. B. bei Herzfehlern, chronischer Nephritis einerseits und dem Auftreten von Geschwülsten andererseits besteht, und glauben dafür bestimmte chemische, durch den veränderten Stoffwechsel bedingte Einwirkungen verantwortlich machen zu müssen. Verff. geben zum Schluß der Überzeugung Ausdruck, daß es auf dem von ihnen eingeschlagenen Wege am ehesten gelingen dürfte, dem Geschwulstproblem näher zu kommen.

O. Meyer (Stettin).[CH]

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Peters, J.: Ernste Blutung durch Radeln. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Tweede Helft Nr. 2, S. 117. 1913. (Holländ.)

Patientin fühlte einen leichten Schmerz, als sie in den Sattel sprang, gleich darauf abundante Blutung. Als Ursache fand Verf. einen Riß in der Nähe der Clitoris einerseits, einen spitzzulaufenden Sattel andererseits. Blutung stand mit Tamponade. Peters warnt die Frauen vor den spitzen Sätteln. *C. H. Stratz.*

Uterus:

Freund, Hermann: Zur Ätiologie der Uterusmyome. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 75—98. 1913.

Historischer Überblick. Daß die Funktion des Uterus einen Anteil an der Myombildung hat, geht aus der Zeit des häufigsten Vorkommens hervor (30.—50. Jahr), Menstruation und Schwangerschaft kommen in Frage; die Anlage aber spielt eine große Rolle. Fötale Inklusionen (W. A. Freund) wurden aber tatsächlich erst gefunden in den Adenomyomen des Wolffschen Ganges, dann wurden auch Einschlüsse, die vom Endometrium ausgingen, nachgewiesen. Wichtigkeit dieser Befunde auch für die Ätiologie der Leiomyome. Vor allem aber, es gibt tatsächlich fötales Zellmaterial, das bei besonderen Bedingungen das Muskelgewebe zur Proliferation anreizen kann. Man findet auch in Kugelmyomen epitheliale Einschlüsse. Freund glaubt aus Beobachtungen an einem Fall schließen zu dürfen, daß die Muskelproliferation eines werdenden Myoms ursprünglich vorhandene Elemente: Bindegewebszellen, Capillaren, fötale Epithelien zum Verschwinden bringt. Tubenecken und innerer Muttermund werden wegen besonders starker Verflechtung der Muskelfasersysteme bevorzugt. Mangelhafte Anlage im ganzen und im einzelnen muß zur Entstehung der Myome mitwirken. Unter 600 Myomfällen fand Freund 36 Infantile (W. A. Freund), im ganzen 66 mit konstitutioneller Abnormität. Lokale Disposition liegt bei infantiler Gebärmutter in der mangelhaften Wandung, eventuell mit Epithelelementen tief in der Muskelschicht. Ähnlich doppelte Uteri (man muß durch Seitenkantenschnitt die ganze Höhle zur Ansicht bringen). Auch große Ovarien (Infantilismus) spielen durch verursachte Funktionsstörungen vielleicht eine Rolle; eventuell ist auch die Herzstörung als Folge eines Kleinbleibens des Herzens aufzufassen. *Schröder* (Rostock).

Bertoloni, Giovanni: Contributo casistico allo studio dei fibromiomi della portio. (Kasuistischer Beitrag zum Studium der Portiomyome.) (*Scuola di ostetr., univ., Perugia.*) Folia gynaecol. Bd. **8**, Nr. 1, S. 153—163. 1913.

Es handelte sich um eine 55jährige Frau, die dreimal geboren hat. Seit kurzer Zeit Schweregefühl in den Genitalien und die Empfindung, daß sich etwas aus der Scheide drängt. Sonst alles normal. Untersuchung: von der vorderen Muttermundslippe geht breitbasig ein walnußgroßer Tumor aus, von glatter Oberfläche, an der Spitze weich, sonst von elastischer Beschaffenheit. Exstirpation in Lumbalanästhesie. Mikroskop. Diagnose lautet: Myofibrom, irgendein Zusammenhang mit der Muscularis des Gefäßsystems konnte nicht gefunden werden. Der Rest der Arbeit gibt eine Zusammenfassung der bisherigen Literatur. *Flatau* (Nürnberg).

Bossi, L.-M.: Quelle doit être la vraie prophylaxie du cancer de l'utérus? (Welches soll die wahre Prophylaxe des Uteruskrebses sein?) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8**, Nr. 8, S. 479—481. 1913.

Die Prophylaxe des Uteruskrebses soll nicht, wie Winter dies fordert, auf der Frühdiagnose beruhen, sondern soll darin bestehen, die Mittel zu finden, welche überhaupt die Entstehung des Krebses verhindern. Diese Mittel sind nach Bossi plastische Operationen am Gebärmutterhals zur Entfernung chronischer Erosionen und Curettement zur Entfernung hyperplastischer Uterusschleimhaut, denn er sieht in der chronischen Endometritis corporis oder cervicis den Hauptgrund zur Entwicklung des Krebses. *Klein* (Straßburg i. E.).

Petö, Ernst: Klinische und pathologisch-histologische Beobachtungen über die Heilung des Gebärmutterkrebses mittels der Wertheimschen Operation. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **213**, H. 2/3, S. 470—503. 1913.

100 nach Wertheim operierte Carcinome, davon 29 leichte, 71 schwere Fälle. „Leichte“ Fälle sind solche, in welchen die Parametrien noch keine größere Resistenz aufwiesen und die Mobilität des Uterus noch nicht in größerem Maße gelitten hatte bei zufriedenstellendem Allgemeinzustand (bei Adipositas, Myodegeneratio, Arteriosklerose usw. wurde auch vaginal operiert). „Schwere“ Fälle sind solche, in welchen sich bereits ein carcinomatöser Krater gebildet und der Tumor auf die Scheide übergegriffen hat, ferner das Parametrium mindestens auf einer Seite diffus bis zur Beckenwand infiltriert ist. Die Beweglichkeit des Uterus ist entweder nur minimal oder ganz aufgehoben. Das Carcinom darf aber noch nicht in Blase und Rectum eingewuchert sein. Operabilität 63%. Resultate: Primäre Mortalität 14 (1 leichter, 13 schwere Fälle). 5 Jahre rezidivfrei 10 (6 bzw. 4). Rezidivfrei seit 3—4 Jahren 15 (5 bzw. 10), seit 1—2 Jahren 3 (2 bzw. 1). Sichere Rezidive 23 (4 bzw. 19). Ohne Feststellung eines lokalen Rezidivs gestorben 13 (3 bzw. 10). Ohne Nachricht 20. Histologisch wurden die Erfahrungen bestätigt, daß klinisch starre Parametrien häufig nicht carcinomatös, sondern nur entzündlich infiltriert sind, ferner, daß bei ganz beginnendem Carcinom im klinisch völlig zarten Parametrium später doch mikroskopisch Carcinom sich nachweisen ließ, oder selbst bei freiem Parametrium carcinomatöse Drüsen entdeckt wurden. Daher das Rezidivieren klinisch ganz leichter und das Ausheilen schwerer, eben an der Grenze des Gesunden operierter Fälle. Da sich carcinomatöse Drüsen nicht radikal entfernen lassen, so ist der Hauptwert auf eine radikale Exstirpation des Parametralgewebes und der Scheide im Gesunden zu legen. *Adolph* (Elberfeld).

Luys, Georges: Importance de la cystoscopie dans le cancer de l'utérus. (Der Wert der Cystoskopie bei Krebs der Gebärmutter.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21**, Nr. 2, S. 97—112. 1913.

Unter 33 Frauen mit Uteruscarcinom aus Pozzis Klinik zeigten bei der Cystoskopie 7 eine gesunde Blase. 13 mal war der Blasengrund leicht entzündet. Die Blase selbst war in 13 Fällen ergriffen und zeigte nicht nur Ödemblasen auf dem Blasengrund, sondern auch eine Erhebung der hinteren Wand. In einem Falle zeigte sich eine Perforation in die Scheide, unter dem Bilde einer Ulceration, die mit Ödembläschen und weißlichen Membranen bedeckt ist.

Eine Vorwölbung des Blasenbodens hält Luys nicht für beweisend für Carcinom. In einem Falle bestand eine Kompression der Uretermündungen mit deutlicher Behinderung der Nierenfunktion. Der Katheterismus der Ureteren ist jedesmal auszuführen, auch bei anscheinend normalem Orificium, da auch in solchen Fällen höher oben eine Stenose infolge Infiltration gefunden werden kann. Die Kapazität des Nierenbeckens ist mittels Injektion von sterilisiertem Wasser zu messen. Wenn 10 g überschritten sind, handelt es sich um Hydronephrose. Die cystoskopische Untersuchung gibt Aufschluß über die Operabilität und Prognose der Operation. Bei völlig freier oder nur diffus roter oder leicht blutunterlaufener Schleimhaut ist nach L. die

Operation indiziert und leicht. Bei leichtangegriffener Blase, kleinen Geschwüren und stärkerer Vascularisation ist die Operation schwierig. Bei völligem Befallensein der Blase, sei es durch Ödem, sei es durch das Carcinom selbst, sowie bei Perforation der Blase besteht Kontraindikation gegen Operation, die nur mit ausgedehnter Resektion der Blase gemacht werden kann. Das gleiche gilt bei durchgängigen Ureteren infolge Kompression durch das Carcinom. L. benutzt zur Cystoskopie an Stelle des Nitzeschens Cystoskops ein Valentinesches Urethroskop, das er mit einer Absaugevorrichtung für den Urin und einer Lupe versehen hat. Er rühmt dieser Cystoskopie „à vision directe" große Vorzüge nach, besonders wegen der Möglichkeit, eine Probeexcision zu machen; auch die Ureterensondierung läßt sich im Tubus ausführen.
Knorr (Berlin).

Klein, J.: Die Operation von Totalprolapsen nach W. A. Freund, ihre Modifikationen, ihr Schicksal. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 1, S. 192 bis 200. 1913.

Schilderung der ursprünglichen Operationstechnik sowie der verschiedenen Modifikationen. Klein operiert auch jetzt noch Prolapse bei älteren Frauen nach der Originalmethode W. A. Freunds, nur macht er den Längsschnitt in dem Douglas möglichst klein und verzichtet auf die Bildung einer Öffnung am Fundus uteri. K. hat auf diese Weise 54 Fälle operiert mit einem Exitus. Die Dauerresultate waren durchweg gute. Er sieht den Vorteil der Methode 1. in ihrer Einfachheit und der kurzen Operationsdauer, 2. in der schnellen und glatten Heilung, 3. in der Sicherheit vor Rezidiven, vor allem bez. der Cystocelen. Auf die Schaffung eines neuen Beckenbodens kann bei dieser Operation verzichtet werden. *Hüffell* (Darmstadt).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Auvray: Nouveau cas de torsion spontanée de la trompe saine. (Ein neuer Fall von spontaner Torsion der gesunden Tube.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 2, Nr. 9, S. 97—104. 1913.

Hinweis auf eine im Juni 1912 in der gleichen Zuschrift erschienene Arbeit.

In dem neuen Fall handelt es sich um eine 28 Jahre alte Virgo, die niemals vorher krank gewesen. Menses seit dem 14. Lebensjahre regelmäßig, 8 Tage dauernd; während der ersten zwei Tage schwach, am 4. oder 5. Tage sehr stark, dann wieder abnehmend, keine Beschwerden. Seit 2 Jahren Schmerzen im Leib, besonders rechts, fast wöchentlich auftretend, ohne Zusammenhang mit den Menses. Seit Juni 1912 Auftreten von Kreuzschmerzen 1 oder 2 Tage vor Eintritt der Regel; seitdem auch Abgang von festen Blutstücken. In der Nacht vom 30. auf 31. I. heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, Erbrechen. Zustand bleibt, unter Fortdauer der heftigsten Schmerzen im Leib, Fieber bis 39,0, der gleiche. Therapie, Bettruhe, Eisblase auf den Leib. 4. II. Einsetzen der Menses, die wie immer verlaufen. 5. II. Besserung, Fieberabfall. Diagnose: Appendicitis. Am 24. II. Incisio obliqua dext. Appendix hängt ins kleine Becken und ist mit der Spitze an einem runden, bräunlich aussehenden Tumor verbacken, der seinerseits mit dem Becken verklebt zu sein scheint und die ganze rechte Beckenhälfte ausfüllt. Es wird an eine gedrehte Tube oder an ein gedrehtes Cystom gedacht. Appendektomie, Verschluß der Wunde. Eröffnung des Abdomens durch einen 2. Schnitt in der Medianlinie. Im kleinen Becken rechts ein braunschwarz verfärbter Tumor, von der Größe einer Mandarine, mit dessen Oberfläche 2—3 Dünndarmschlingen leicht verklebt sind. Ablösung des Tumors von seiner Umgebung ohne Schwierigkeit. Rechte Tube und Ovarium, als welche sich der Tumor erweist, werden hervorgeholt. Ovarium gesund, Tube 2 mal um sich selbst gedreht am medianen Drittel. Entfernung der rechten Adnexe. Verschluß der Wunde, Drain. Nach Aufschneiden der Tube Entleerung von ca. 75 ccm Blut; in der Höhle fibrinöse Auflagerungen. Die mikroskopische Untersuchung des flüssigen Inhalts zeigt hauptsächlich mehr oder minder veränderte weiße Blutkörperchen und wenig Eiter. Glatter Heilungsverlauf. Am 2. III. Einsetzen der Menses, 2 Tage, wesentlich schwächer als früher, ohne Abgang von Blutstücken, ohne Beschwerden. Histologischer Befund; Nekrose und starke Hämorrhagie der Tube; Gefäße stark dilatiert, Tubenwand und Lumen reichlich von Blut durchsetzt. In den inneren Abschnitten der Tubenwand, wo Nekrose und Hämorrhagie wenig prononciert sind, entzündliche Prozesse, die als sekundäre Erscheinungen, durch die Drehung hervorgerufen, angesprochen werden. Ovarium und Appendix gesund. Die Beschwerden, welche die Kranke seit Juni 1912 gehabt, werden in Zusammenhang gebracht mit der Torsion, die sich allmählich und nicht plötzlich gebildet hat. Sie nahmen zu, bis die Drehung durch irgendeinen Einfluß, vielleicht die menstruelle Kongestion, eine vollständige geworden und das Lumen verschlossen wurde. Bemerkenswert ist, daß die Diagnose, wie in allen vom Verf. vorher beobachteten Fällen, erst durch die Operation gestellt wurde. *Hauser* (Rostock).

Rodler - Zipkin: Tubentuberkulose. (Nürnberger med. Ges. u. Poliklin., Sitzg. v. 8. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1972. 1913.

Tuberkulose beider Tuben mit hochgradiger Schleimhautwucherung und adenomatösen Bildungen. *Runge* (Berlin).

Ries, Emil: Zur Ätiologie periodischer und alternierender Ovarialschwellungen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 312—320. 1913.

Verf. macht auf Grund zweier genau beobachteter Fälle auf einen Symptomenkomplex aufmerksam, den er mit dem Namen periodische und alternierende Ovarialschwellungen bezeichnet. Klinisch charakterisiert sich dieses Leiden durch das Gefühl von Schwere und Völle im Unterleib in der Mitte zwischen zwei Perioden; der Palpationsbefund im Anfall ergibt, daß es sich um eine Schwellung des Eierstocks der Seite handelt, an welcher der Schmerz empfunden wurde; die Schwellungen sind nach abgelaufener Menstruation nicht mehr zu finden. Dieses Leiden erfordert, wenn die Anfälle nicht besonders stark sind, keine besondere Therapie; kehren die Schwellungen aber immer wieder und verursachen sie das Gefühl von Schwere und Völle im Leib, oder gar Druckerscheinungen in den Extremitäten, so ist die Radikaloperation angezeigt. *Frank* (Olmütz).

Pfeilsticker, Wolfgang: Über lebensbedrohliche intraperitoneale Blutung aus einem Graafschen Follikel. (*Städt. Hosp. z. heil. Geist, Schw. Gmünd.*) Med. Korrespondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesver. Bd. **83**, Nr. 34, S. 533—536. 1913.

Verf. weist darauf hin, daß intraperitoneale Blutungen keineswegs immer auf geplatzte Tubargraviditäten zurückzuführen sind. Häufig sind es auch Blutungen aus den Ovarien und es ist zweifellos, daß auch unter normalen Verhältnissen aus einem Corpus luteum oder einem frischen Graafschen Follikel lebensbedrohliche Blutungen in die Bauchhöhle stattfinden können.

1. 30jährige Frau, die einmal geboren hatte. 14 Tage nach der letzten Periode traten Erscheinungen von innerer Blutung bei starken Schmerzen im Unterleib auf, die zur Diagnose geplatzte Extrauteringravidität führten. Die sofort vorgenommene Laparotomie ergab 1½ l Blut. Am l. Ovarium ein erbsengroßer, weicher Follikel mit stecknadelkopfgroßer Öffnung, aus der es leicht blutet. Keine andere Ursache der Blutung. Auch histologisch erwies sich die blutende Stelle als geplatzter Follikel. — 2. 28jährige 4para. Ohne besondere Veranlassung traten Zeichen großer Anämie bei Schmerzen im Leib auf. In der Bauchhöhle 2 l Blut, das aus dem linken Ovarium stammte. Die histologische Untersuchung ergab, daß ein geplatztes Corpus luteum vorlag. *Mertens* (Bremerhaven).

Giltscher, A. E.: Endotheliome der Ovarien. (*Städt. Krankenh., Kiew.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. **28**, H. 5/6, S. 737—773. 1913. (Russisch.)

23jährige Pat., von normalem Körperbau, noch nie menstruiert. Seit 2 Monaten Schmerzen im Unterleibe, Zunahme des Abdomens. Man palpiert einen ovalen Tumor, der bis zum Nabel reicht. Innere Untersuchung: Cystis ovarii dextri. Laparotomie: in der Bauchhöhle ein kindskopfgroßer, solider, gestielter Tumor. Stiel ½ mal im Sinne des Uhrzeigers gedreht. Im Becken fand sich nur ein rechtes Uterushorn, von dem die rechten Adnexe abgehen mit dem gestielten Tumor. An der anderen Seite des Hornes das linke Lig. latum; erst drei Fingerbreit davon entfernt, tastete man eine mandelgroße Muskelbildung — linkes Uterushorn mit einem Ovarium fibröser Konststenz, ohne Graafsche Follikel. Glatte Heilung. Mikroskopische Untersuchung: alveolärer Bau, junges bindegewebiges Stroma, in dem Zellgruppen eingelagert sind. Zellen rundlicher und länglicher Form mit gut färbbarem Kern und reichem Protoplasmaleib. Die Zellen sind durch Fortsätze sowohl mit einander als auch mit dem Stroma verbunden, so daß keine scharfe Abgrenzung zwischen den Tumorbestandteilen zu sehen ist. Die Tumorkapsel besteht aus sklerosierten Bindegewebe. Blutgefäße und Capillaren gut entwickelt. In den neugebildeten Blutgefäßen kerniger Zerfall und weiße Blutkörperchen. Diagnose: Endothelioma ovarii. Autor teilt diese Tumoren in 2 Gruppen: Hämangio- und Lymphangioendotheliome. Der Befund spricht für die letztere Gruppe. Die Endotheliome stehen puncto Metastasenbildung und Zerfall hinter den Carcinomen und Sarkomen. Lokale Rezidive sollen aber häufig vorkommen. *Ginsburg* (Breslau).

Rodler - Zipkin: Einseitiges, eigroßes, kleinzelliges Rnndzellensarkom des Ovariums. (Nürnberger med. Ges. u. Poliklin., Sitzg. v. 22. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 2026. 1913.

Rodler-Zipkin: Epitheliale Ovarialgeschwülste. (Nürnberger med. Ges. u. Poliklin., Sitzg. v. 22. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 2026. 1913.

1. Einseitiges, mannskopfgroßes Cystadenoma simplex ovarii: 2. kindskopfgroßes, einseitiges, exquisit zottiges Cystocarcinoma papillare ovarii: 3. und 4. einseitige Cystocarcinome des Ovariums; davon füllte eins fast die ganze Bauchhöhle aus. *Runge* (Berlin).

Steidl, Karl: Zur Kasuistik der primären desmoiden Tumoren des Ligamentum rotundum. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 386—392. 1913.

Nach kurzer Besprechung der Literatur über diesen Gegenstand (es sind einige 30 Fälle beschrieben) teilt Verf. einen neuen eigenen Fall mit:

41 jähr. III.-para hat seit 2 Jahren dysmenorrhoische Beschwerden, häufigen Harndrang und bemerkt zur Zeit der Periode Anschwellung des Leibes über der Symphyse. Befund: Median gelegener, derber, bis über den Nabel reichender Tumor, hinter dem der anscheinend nicht vergrößerte, bewegliche Uterus liegt. Diagnose wurde auf soliden Ovarialtumor gestellt. Bei der Operation kommt man unter der vorgewölbten verdünnten Fascie auf den Tumor, der zwischen den M. recti nach aufwärts bis über den Nabel reicht. Er ist mit dem Peritoneum parietale innig verwachsen, das bei der Ausschälung des Tumors einreißt; Uterus und Adnexe sind normal. Der Stiel des Tumors verläuft nach dem inneren Leistenring; der Leistenkanal ist verstrichen; das linke Ligam. rotundum geht durch den inneren Leistenring direkt in den Tumorstiel über. Heilungsverlauf ohne Besonderheiten. Der Tumor hat die Form eines „Käselaibes" von der Größe 20 : 20 : 13 cm und ein Gewicht von 2680 g. Mikroskopischer Befund: typisches Fibromyom ohne Degenerationen.

Es handelt sich also um den seltenen Fall eines intrakanalikulär entwickelten Tumors des Ligam. rotundum von ansehnlicher Größe mit der noch selteneren Wachstumsrichtung nach oben zwischen Muskeln und Fascie. Die Mehrzahl dieser Art von Desmoiden des Ligam. rotundum wächst durch den Leistenkanal nach außen. *Schindler* (Graz).

Bauchorgane:

Loewe: Hängebruch. (Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., Sitzg. v. 1. IX. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 38, S. 2144. 1913.

Demonstration einer Operationsmethode zur Beseitigung des schlaffen Hängebauches. Sie besteht in einer weitgehenden Freilegung der Bauchfascie durch X-förmige Schnittführung, Exstirpation der überschüssigen Bauchhaut, des Fettes, Naht der Recti und Doppelung der Bauchfascie durch Übereinandernähen der türflügelförmig aufgeklappten Bauchfascie. Gute Dauerresultate. *Runge* (Berlin).

Loewe: Bauchbruch. (Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., Sitzg. v. 1. IX. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 38, S. 2144. 1913.

2 Patientinnen mit großen Bauchbrüchen, die durch die in die Bruchpforte implantierte Gebärmutter verschlossen waren. Die Bauchhöhle ist dabei nicht über die Bruchpforte hinaus eröffnet. *Runge* (Berlin).

Loewe: Ruptur einer frisch eingeklemmten Dünndarmschlinge nach Taxis. (Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., Sitzg. v. 1. IX. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **30**, Nr. 38, S. 2144. 1913.

Ältere Frau, seit 5 Jahren linksseitige Leistenhernie. Plötzlich Einklemmungserscheinungen. Reposition anscheinend ohne besondere Gewalt. Bald danach Schmerzen, Erbrechen, Verhaltung von Stuhl und Winden. Abends deutliche Peritonitis. Bei der Operation fand sich eine ziemlich hoch gelegene Dünndarmschlinge erbsengroß perforiert. Peritonitis noch auf das kleine Becken beschränkt, dick, eitrig. Übernähung der Perforation in 3 Etagen. Bauchspülung. Drainage. Heilung.

Also bereits 3 Stunden nach der Einklemmung war die Darmwand so erheblich geschädigt, daß bei Reposition Perforation eintrat. Es erscheint deshalb dringend angezeigt, auch bei frischer Einklemmung von Repositionsversuchen Abstand zu nehmen und prinzipiell sofort zu operieren. *Runge* (Berlin).

Cohn, Max: Die atmosphärische Luft im Abdomen nach Laparotomien. (*Städt. Krankenh. Moabit-Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 29, S. 1352. 1913.

Es kann sich, namentlich bei Anwendung forcierter Beckenhochlagerung, ereignen, daß ein größeres Quantum atmosphärischer Luft im laparotomierten Abdomen zurückbleibt. Bei postoperativer „Tympanie" ist dieser Zufall zu bedenken. Wenn man von der mechanischen Beeinträchtigung der Herz- und Atmungstätigkeit, die sich bei aufrechter Körperhaltung intensiv, in horizontaler Lage kaum bemerkbar macht,

absieht, wie auch von der möglichen Schädigung des Darmes durch die Kompression, so ist die atmosphärische Luft in der Bauchhöhle nach den bisherigen Erfahrungen belanglos und eine Infektion durch die mit eingeschlossenen Bakterien nicht beobachtet worden. *Genewein* (München).

Guaccero, Alessandro: Sulla cura della peritonite tubercolare ascitica. (Laparotomia e lavaggio all'acqua ossigenata.) (Über die Behandlung der Ascitesform der tuberkulösen Peritonitis.) (*Ist. chirurg. ortop. in Triggiano.*) Clin. chirurg. Jg. **21,** Nr. 7, S. 1548—1560. 1913.

Verf. schildert 6 Fälle, bei denen die von ihm angewandte Methode vorzügliche Resultate zeitigte und ihn zu dem Schluß führt, daß sein Verfahren: Laparotomie mit anschließender Ausspülung der Bauchhöhle mit 5 proz. Sauerstoffwasser sich schon bei der ersten Operation vorzüglich bewährt hat. — Fünfmal wurde die Methode in floriden Fällen im akuten, subakuten oder chronischen Stadium mit leichter Temperatursteigerung, in einem Fall bei eitrigem Exsudat angewandt. Auch in einem durch tumorartige Verdickungen und Verwachsungen des Netzes mit den Darmschlingen komplizierten Fall war das Ergebnis befriedigend. In allen Fällen trat völlige Heilung ein. Verf. betont nochmals, daß einzig durch diese Methode sämtliche therapeutischen Faktoren wirksam werden, die dahin zielen, die Tuberkelknoten fibrös umzuwandeln und dem Peritoneum die verloren gegangene Fähigkeit zur Resorption wieder zu verleihen. Die doppelseitige Parazentese mit nachfolgender Sauerstoffausspülung tritt da in ihr Recht, wo die Laparotomie kontraindiziert ist.

Die Technik ist folgende: Medianer Bauchschnitt unterhalb des Nabels, Entfernung des Ascites, trockenes Auswischen der Bauchhöhle, Anfüllung der Bauchhöhle mit 5 proz. Sauerstoffwasser, was so lange fortgesetzt wird, bis die Flüssigkeit klar abläuft. Zum Schluß erneutes trockenes Auswischen der Bauchhöhle. Die abgesackten Formen werden nach Eröffnung der einzenen Säcke in derselben Weise behandelt. *Burk* (Stuttgart).CH

Jelke, R.: Intraperitoneale Anwendung von Kollargol bei diffuser eitriger Peritonitis. (*Kreiskrankenh., Bernburg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 33, S. 1828. 1913.

Die günstige Einwirkung des Kollargols bei lokalen Eiterungsprozessen und bei septischen Zuständen gaben Jelke Veranlassung, das Kollargol bei schweren Peritonitiden intraperitoneal anzuwenden. Injiziert wurde mit einer Uterusspritze, da man mit dieser am besten in alle Recessus kam, 30—50 ccm einer 2 proz. Kollargollösung. Jelke hat den Eindruck bekommen, daß das Kollargol die diffuse Peritonitis günstig beeinflußt, hält aber noch weitere Beobachtungen für wünschenswert. Es werden genauer 2 Fälle von perforierter Appendicitis mit diffuser Peritonitis angeführt, die geheilt wurden. *Kolb.*CH

Leclerc, Georges: Cinq cas de péritonite suppurée libre, traités par l'ablation de la lésion causale suivie de fermeture du ventre sans drainage de la cavité péritonéale. (5 Fälle von freier eitriger Peritonitis; Behandlung mit Beseitigung des Krankheitsherdes und Schluß der Bauchhöhle ohne Drainage.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39,** Nr. 29, S. 1249 bis 1253. 1913.

Verf. vertritt den Standpunkt, daß bei der Operation der freien eitrigen Bauchfellentzündung eine Drainage der Bauchhöhle nicht erforderlich ist, wenn es gelungen ist, den Krankheitsherd zu eliminieren, und wenn nicht unresorbierbare Materialien, wie gangränöse Beläge bei der Blinddarmentzündung oder Speisereste bei Darm- und Magenperforationen, in der Bauchhöhle vorhanden sind. *Neupert* (Charlottenburg).CH

Derganc, Franz: Ätherspülung bei Perforationsperitonitis. (*Landesspit., Laibach.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 33, S. 1332—1333. 1913.

Verf. tritt warm für die Ätherspülung der Bauchhöhle ein. Er hat die Spülung in zwei Fällen mit bestem Erfolg angewandt.

Im ersten Fall handelte es sich um ein perforiertes Ulcus ventriculi, das nach 54 Stunden zur Operation kam. Nach trockenem Austupfen der Bauchhöhle wurde mit 150 g Äther, der sofort wieder mit trockener Gaze ausgetupft wurde, gespült. Im zweiten Falle handelte

es sich um eine Darmperforationsperitonitis nach Hufschlag, die nach 84 Stunden operiert wurde. Es fand sich viel Darminhalt im Bauch, der zuerst mit heißer Kochsalzlösung und dann mit 400 g Äther gespült wurde; auch in diesem Falle wurde der Äther sofort wieder ausgetupft. Beide Patientinnen hatten eine relativ gute und schnelle Rekonvaleszenz.

v. Tappeiner (Greifswald).CH

Smith, Robert H.: One case of ascites with differential diagnosis. (Fall von Ascites mit Differentialdiagnose.) Illinois med. journal Bd. **23,** Nr. 6, S. 656—659. 1913.

1. 39jährige Frau, seit 5 Wochen erkrankt an allgemeiner Schwäche und Schwellung des Abdomens. Von anderer Seite durch Punktion 5 Pinten dunkelgefärbter Ascitesflüssigkeit entleert. Seit $1^1/_2$ Jahren Schmerzen in der Gegend der Gallenblase. Herz, Lungen, Urin o. B. Blutdruck 135 mm Hg. Leber vergrößert. Ascites. Fieber. Im Blut 16 400 Leukocyten, davon 92% polynucleäre neutrophile. Als Ursache des Ascites ließen sich ausschließen Lebercirrhose, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, tuberkulöse Peritonitis, Ovarialtumor. Der hohe Prozentsatz der polynucleären Neutrophilen im Blut, welcher auf eine schwere Toxämie irgendwelcher Art hinweist, zusammen mit dem später festgestellten Mangel freier Salzsäure im ausgeheberten Mageninhalt, ließ die Diagnose auf Carcinom stellen. Die Autopsie ergab ein großes Carcinom der großen Kurvatur mit Metastasen der Leber und des Netzes, fibrinöse Peritonitis, Gallensteine. — 2. 22jähriger Mann, der vor 3 Jahren an einem angeblich typhösen Fieber 11 Wochen krank war. Im Verlauf desselben war wegen Schmerzen die linke Niere freigelegt, aber nur blutiger Ascites gefunden worden. Jetzt wieder dieselben Schmerzen, Harndrang, Fieber, Verstopfung. Guter Ernährungszustand, blasses Aussehen. In der linken Bauchseite eine große, druckempfindliche Resistenz bis zur Mittellinie reichend. Über ihr Dämpfung. Im Urin Eiter. Im Blut 6600 Leukocyten. Der Annahme, daß der große Tumor die infizierte, vergrößerte Niere oder eine Hydronephrose sei, widersprach die Dämpfung (das geblähte Kolon liegt vor der Niere, aber hinter der vergrößerten Milz). Gegen Koliinfektion sprachen die niedrigen Leukocytenwerte. Die hohe Zahl von Myelocyten, 46,8%, legte die Annahme einer Störung der blutbildenden Organe nahe. Diagnose also: Myelogene Leukämie zusammen mit renaler Infektion. Als Behandlung neben Arsen und Röntgenbestrahlung Benzol empfohlen.

Mac Lean (Wurzen).

Guasoni, Eutimio: Cisti linfatica (sierosa) dell'omento. (Lymphatische [seröse] Netzcyste.) (*Istit. di patol. e clin. chirurg., univ., Camerino.*) Riv. veneta di scienze med. Bd. **58,** Nr. 3, S. 105—112. 1913.

Es handelt sich um ein fünfjähriges Kind, bei dem 1 große und 2 kleinere Netzcysten entfernt wurden, die alle charakterischen Merkmale lymphatischer (seröser) Cysten trugen. Namentlich in der Wand der großen Cyste wurden sämtliche histologischen Charakteristica dieser Varietät vorgefunden, wie die Anhäufung lymphoider Elemente, die an manchen Stellen wichtige Follikeln bilden und ferner die doppelte Endothelbekleidung beweisen. In Anbetracht des klaren, durchsichtigen Inhalts der Cyste, der bei der Operation konstatiert wurde, hat man es hier augenscheinlich mit einer serösen Cyste zu tun. Was die Pathogenese anbelangt, läßt sich eher auf Dilatation und „Ektasie" der Lymphgefäße, als auf kongenitalen Ursprung schließen, da sich in keinem der verschiedenen Präparate Reste embryonaler Einschlüsse zwischen den Netzblättern nachweisen ließen. Klinisch ist besonders das wichtig, daß trotz des enormen Umfanges der großen Cyste keine nachweisbare Störung des Darmkreislaufs bestand und auch das Netz, das fast ganz reseziert wurde, ohne daß unangenehme Folgeerscheinungen auftraten, keinen Schaden davongetragen hatte. — Sämtliche Cysten wurden entfernt, der Heilungsprozeß erfolgte per primam, die Pat. wurde nach 3 Wochen vollständig genesen entlassen.

Burk (Stuttgart).CH

Fischer, B.: Pseudomyxoma peritonei. (Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., Sitzg. v. 18. VIII. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 37, S. 2084. 1913.

Fall von Gallertkrebsmetastasen im Peritoneum bei Magencarcinom und Pseudomyxoma peritonei ex appendicitide.

Runge (Berlin).

Rodler-Zipkin: Aktinomykose des Netzes. (Nürnberger med. Ges. u. Poliklin., Sitzg. v. 8. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 35, S. 1972. 1913.

Demonstration mikroskopischer Präparate eines von Heinlein klinisch geschilderten Falles.

Runge (Berlin).

Krall: Dermoid des Mesenteriums. (Naturhist. med. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 3. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 35, S. 1970. 1913.

30jähriger Mann erkrankt unter den Zeichen akuter Appendicitis. Bei der Operation fand sich lateral vom Coecum retroperitoneal gelagert ein über hühnereigroßes Dermoid, dem der Wurmfortsatz aufgelagert war. Das Dermoid war zwischen den Blättern des Mesenteriolums entwickelt. Im Dermoid wurden Haare, Bindegewebe und osteoides Gewebe sowie knochenmarkähnliche Gewebe gefunden.

Runge (Berlin).

Borchers und Kahn: Beobachtungen am experimentellen Bauchfenster. (Med. Ges., Kiel, Sitzg. v. 26. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 38, S. 2148. 1913.

Sasse: Erfahrungen über Darminvaginationen. (Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., Sitzg. v. 1. IX. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 38, S. 2144. 1913.

13 Fälle operiert mit 1 Todesfall = 8% Mortalität. Ein weiterer Fall ohne Operation geheilt. 6 mal wurde die Desinvagination gemacht ohne Todesfall. Dauer der Invagination schwankte zwischen $^1/_2$—3 Tagen. In 7 Fällen wurde reseziert mit 1 Todesfall. In 4 Fällen bestand bereits Peritonitis. 1 Fall davon 73 Jahre alt. Resektion von 30 cm Ileum nebst Colon ascendens und $^3/_4$ transversum. Seitliche Anastomose zwischen Ileum und Rest des Colon transversum. Glatte Heilung. Ursache der Invagination in diesem Fall war ein Carcinom des Coecums resp. Colon ascendens. *Runge* (Berlin).

Barrett, Channing W.: Enterostomy and enterotomy as life-saving procedures. (Enterotostomie und Enterotomie als lebensrettende Eingriffe.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12,** Nr. 9, S. 456—459. 1913.

Nichts Neues. *Mac Lean* (Wurzen).

Heinlein: Bericht über einen Fall von Intestinalprolaps infolge stumpfer Gewaltseinwirkung auf die Bauchdecken. (Nürnberger med. Ges. u. Poliklin., Sitzg. v. 22. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 36, S. 2026. 1913.

Dobbertin: Zur Pathogenese der sogen. „chronischen Blinddarmentzündung“. (*Königin Elisabeth-Hosp., Berlin-Oberschöneweide.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 32, S. 1549—1551. 1913.

Dobbertin beschreibt 10 Fälle, in denen Knickungen und Stenosierungen und Torsionen des Colon ascendens durch entzündliche Stränge hervorgerufen waren, die mit Appendicitissymptomen einhergingen. In diesen Fällen war der Wurm normal und seine Entfernung brachte in den unter der Diagnose „chronische Appendicitis“ operierten Fällen keine Heilung. Erst die Lösung der Verwachsungen und eine lange Kolocöcopexie an der lateralen Tänie beseitigten die Beschwerden, die in der Regel in kolikartigen oder dauernden Schmerzen und chronischer Verstopfung bestanden. *Nordmann* (Berlin).CH

Smith, F. H.: The pathology and diagnosis of appendicitis. (Die Pathologie und Diagnose der Appendicitis.) Virginia med. semi-month. Bd. **18,** Nr. 8, S. 188—192. 1913.

Vom praktischen Standpunkt aus wäre es vorteilhafter, die Appendicitiden einzuteilen 1. in Fälle, bei denen es sich um eine auf den Appendix beschränkte Infektion handelt, 2. in solche, in denen die Infektion auf die Nachbarschaft übergreift, 3. in solche, bei denen auch entfernter liegende Organe und Gewebe von der Infektion befallen werden. Diese Komplikationen beziehen sich in der Hauptsache auf trübe Schwellung anderer Organe, Myokarditis, Endokarditis, Nephritis usw. Ein wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber dem Ulcus ventriculi ist, daß aufgenommene Nahrung bei einem Ulcus Linderung, bei Appendicitis dagegen Verschlimmerung mit sich bringt. *Saxinger* (München).CH

Bassler, Anthony: Pinching the appendix in the diagnosis of chronic appendicitis. (Druck auf die Appendix bei der Diagnose der chronischen Appendicitis.) Americ. journal of the med. scienc. Bd. **146,** Nr. 2, S. 204—208. 1913.

Wenn Druck auf den McBurneyschen Punkt bei Verdacht auf Appendicitis resultatlos bleibt, empfiehlt Bassler, die Lage des meist gasgefüllten Coecum durch Perkussion festzustellen und nun die Gegend der Appendix gegen den Musculus iliacus anzudrücken; er benützt dazu den Daumen. *Draudt* (Darmstadt).CH

Sherrill, J. Garland: Appendicitis in children. (Appendicitis beim Kinde.) Pediatrics Bd. **25,** Nr. 7, S. 433—437. 1913.

Klinischer Vortrag. Appendicitis verläuft rascher und ernster beim Kinde, als im späteren Leben, vielleicht weil die bakteriellen Toxine schneller resorbiert werden und die Widerstandskraft noch nicht so groß ist. *Bernard* (Berlin).CH

Haines, W. D.: Perforative appendicitis and peritonitis. (Perforierende Appendicitis und Peritonitis.) Lancet-clin. Bd. **109,** Nr. 21, S. 570—571. 1913.

Verf. empfiehlt in gewissen Fällen beim Übergang von lokalisierten Prozessen zur allgemeinen Peritonitis einfach zu öffnen und zu drainieren, ohne die Appendix unter

allen Umständen mit zu entfernen. „Besser ein lebender Patient mit einem pathologischen Organ als ein toter Mensch ohne ein solches." *Hagen* (Nürnberg).

Palmer, Frank A.: Is appendicitis ever catarrhal? (Ist die Appendicitis jemals katarrhalisch?) Med. record Bd. **84**, Nr. 4, S. 139—146. 1913.

Verf. ist der Meinung, daß der Ausdruck „katarrhalische Appendicitis" für die leichteren Formen der Appendicitis nicht berechtigt ist. Es mag wohl katarrhalische Entzündungen der Processusschleimhaut in gleicher Weise wie der übrigen Schleimhaut des Darms geben. Diese treten jedoch klinisch nicht in Erscheinung, höchstens bei Verschluß des Processus. Die pathologisch-anatomische Untersuchung des wegen Appendicitis herausgenommenen Processus ergibt stets die Merkmale einer noch vorhandenen oder früher überstandenen eitrigen Appendicitis, die nicht nur die Mucosa, sondern auch die tieferen Wandschichten ergriffen hat. *Hinz* (Cöpenick).CH

Jackson, E. Sandford: Two cases simulating appendicitis. (Zwei Fälle, welche Appendicitis vortäuschten.) Austral. med. gaz. Bd. **34**, Nr. 1, S. 4. 1913.

Im Mesenterium befanden sich 2 verkalkte Drüsen, die offenbar einen starken Druck auf die darunterliegenden Nervenäste ausübten. Nach Entfernung der Drüsen wurde der Patient beschwerdefrei. Eine Patientin wurde unter den Anzeichen einer Peritonitis eingeliefert. Jackson konnte weder Coecum noch Appendix entdecken. Die Krankheitsursache bestand in einer Strangulation einer Darmschlinge durch ein Loch im Mesenterium. *Saxinger* (München).CH

Franke: Carcinom des freien Dünndarms. (Naturhist.-med. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 17. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1970. 1913.

Hohmeier: Ausgedehnte Stenose der Ileocoecalgegend. (Ärztl. Verein, Marburg, Sitzg. v. 24. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 34, S. 1913. 1913.

Fischer, B.: Melanose des Dickdarms. (Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., Sitzg. v. 18. VIII. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 37, S. 2084. 1913.

Zwei Fälle bei 71-, resp. 74 jährigem Manne. *Runge* (Berlin).

Pauchet, Victor: Pathologie du gros intestin. (Pathologie des Dickdarms: die Diverticulitis.) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. 31, S. 487—488. 1913.

Verf. gibt eine kurze Zusammenstellung der verschiedenen von den Graserschen Divertikeln ausgehenden pathologischen Affektionen und ihre Differentialdiagnose. *Neupert* (Charlottenburg).CH

White, Sinclair: A lecture on cancer of the colon. (Ein Vortrag über den Dickdarmkrebs.) Brit. med. journal Nr. **2741**, S. 57—60. 1913.

Verf. empfiehlt zur Kolektomie die vorhergehende Kolostomie, seit den letzten 5 Jahren ist er Anhänger der zweizeitigen Operation. Als Vereinigungsnaht der Darmenden ist die Methode der Wahl die Seit-zu-Seit-Anastomose. In inoperablen Fällen ist Verf. für Kolostomie, beziehungsweise wenn durchführbar für Enteroanastomose. Als Kontraindikation der Kolektomie gelten hohes Alter, schwere Erkrankungen anderer Organe, auch in scheinbar operablen Fällen. Schlechte Prognose auf Heilung geben die schnell wachsenden Geschwülste junger Leute und ist hier die Radikaloperation nur auf „frühe Fälle" zu beschränken. Whites Operationsmortalität beträgt 4 Fälle von 26 (W. J. Mayo 10 Todesfälle von 69, im Jahre 1912). Gute Technik, präzise Naht des Darmes und sorgfältige Isolierung des Operationsfeldes zur Vermeidung der Infektion werden gute Resultate zeitigen. Krankengeschichte von 3 Fällen. *Holzwarth* (Budapest).CH

Caird, F. M.: Carcinoma recti. Liverpool med.-chirurg. journal Bd. **33**, Nr. 64, S. 293—311. 1913.

Caird unterscheidet nur drei Operationsmethoden, die perineale von Lisfranc, die sakrale mit end-to-end-Vereinigung von Kraske und die abdomino-perineale Operation. Er gibt der alten perinealen mit parasakraler Vergrößerung der Operationswunde den Vorzug.

Bei hohem Sitz des Tumors wird abdomino-perineal operiert. Auf diesen 3 Wegen hat C. 42 Rectumcarcinome radikal operiert und zwar mit 8 Todesfällen; diese Mißerfolge werden an erster Stelle erklärt. Von den Überlebenden haben 10 3 und mehr als 3 Jahre gelebt, bis zurzeit sind 7 ganz gesund geblieben, 2 seit 2 Jahren, 2 seit 3, 1 seit 4, 2 seit 7 und 1 seit 11 Jahren.

Verf. berechnet seine Mortalität auf 16%. Diese Berechnung ist von Wert; denn keine von Rotter in Bruns Handbuch angeführte Zusammenstellung verfügt über

eine so große Zahl von Beobachtungen. Rotters größte Statistik betrifft 28 Beobachtungen (Mayo). *Iselin* (Basel).CH

Franke: Rectumcarcinom. (Naturhist. med. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 17. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1970. 1913.

Durch Operation von 17 jährigem Manne gewonnen. Histologisch handelte es sich um ein Adenocarcinom und nicht, wie gewöhnlich bei Jugendlichen, um ein Gallertcarcinom. *Runge.*

Schlimpert, Hans: Ein durch Operation geheilter Fall von solitärem Lebercarcinom. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 306—309. 1913.

Von 8 operierten solitären Lebercarcinomen, die in der Literatur sich finden, bestehen bei 5 hinsichtlich ihrer krebsigen Natur berechtigte Zweifel, die übrigen drei sind histologisch sichergestellt. Zwei davon waren $^1/_2$ und 2 Jahre rezidivfrei, der dritte starb am 4. Operationstage. Verf. berichtet über einen weiteren Fall aus der Freiburger Klinik, der seit 4 Jahren rezidivfrei ist. Die Diagnose wurde im pathologischen Institut histologisch sicher gestellt, und zwar handelte es sich um ein Plattenepithelcarcinom, das vorwiegend den Basalzellentypus zeigte. Der über eigroße Tumor war gegen die Umgebung ziemlich scharf abgegrenzt. Die Geschwulst saß im linken Leberlappen, wurde im gesunden abgetragen und die Schnittfläche der Leber mit dem Netz durch Seidenknopfnähte gedeckt. Eine in der inneren Klinik wegen eitrigen Auswurfs und auf Grund des Röntgenbildes gestellte Diagnose auf „ausgedehnten Bronchialkrebs der rechten Lunge" wurde durch den Verlauf nicht bestätigt. Die Störungen verschwanden und die Frau erholte sich völlig. *Mertens* (Bremerhaven).

Harnorgane:

Ehrenpreis: Un cas de rupture complète du rein. (Ein Fall von kompletter Nierenruptur.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 33, S. 657—658. 1913.

Der Fall ist dadurch von besonderem Interesse, daß erst 15 Tage nach einem Sturz vom Wagen erheblichere Symptome auftraten, während bis dahin die Untersuchung eine relativ geringfügige Verletzung der einen Niere annehmen ließ. Die auf Grund cystoskopischer Diagnose ausgeführte Nephrektomie ergab eine völlige Ruptur der Niere mit starker Blutung aus dem Nierenstiel. Das Hämatom war zum Teil vereitert. Heilung uach Komplikation mit gleichseitigem Pleuraempyem. *Posner* (Heidelberg).CH

Ogden, Mahlon D.: Pyelitis; its differential diagnosis. (Die Pyelitis und ihre Differentialdiagnose.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. **10**, Nr. 3, S. 67—71. 1913.

Betrachtungen über Pyelitis, mit Ausnahme der durch Calculose und Tuberkulose bedingten Formen, insonderheit der Koli-Infektion. Berücksichtigung der Magendarmstörungen, die besonders die infantilen Fälle kennzeichnen, und die sehr häufig nicht auf die Erkrankung des Nierenbeckens bezogen werden, der malariaähnlichen Erscheinungen, unter die manches fälschlich rubriziert wird, der typhusgemäß verlaufenden Form, und der Form, bei der die Nieren-Blasen-Erscheinungen im Vordergrunde stehen, wobei die puerperale Pyelitis gebührende Erwähnung findet. Bei der Differentialdiagnose müssen alle entsprechenden Hilfsmittel, wie Stuhl-, Blut-, Urinuntersuchungen und die Cystoskopie, eingehend angewendet werden. In Vortrag und Diskussion Bericht über eine größere Anzahl der verschiedenartigst verlaufenen Fälle, zum Teil unter Berücksichtigung der Therapie. Schlußfolgerungen: In allen zweifelhaften Fieberfällen sollte eine Zählung der weißen Blutkörperchen und eine mikroskopische Urinuntersuchung vorgenommen werden. In allen Fällen anscheinender Cystitis, die der lokalen Behandlung trotzt, sollte eine cystoskopische Untersuchung (Ureterenkatheterismus) gemacht werden. *Kneise* (Halle a. S.).

Menge: Bemerkungen zum Infektionsmodus der Pyelitis. (Naturhist.-med. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 15. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 36, S. 2025. 1913.

Der Vortr. bespricht einige zum Teil nicht bekannte und in der Literatur nur ungenügend gewürdigte Krankheitsbilder, aus welchen hervorgeht, daß bei der großen Überzahl der Fälle von Pyelitis bei Frauen die Infektion der Urinwege vom kleinen Becken aus aufsteigt. Diese Krankheitsbilder sind folgende: 1. die Pyelitis der jungen Ehefrau (Deflorationspyelitis); mit ihr hängt vielfach die bekannte Pyelitis gravidarum

zusammen, 2. die Pyelitis nach scheidenverengernden Operationen; 3. die Masturbationspyelitis, 4. die Pyelitis der Neugeborenen und kleinen Mädchen. Menge weist darauf hin, daß für die Häufigkeit der Pyelitis bei weiblichen Kindern und Schwangeren neben einer besonderen Infektionsneigung der Schleimhäute der Urinwege und der besonders häufigen Infektionsgelegenheit und neben der Harnstauung auch der bei Kindern und bei Schwangeren vielfach vorkommende Eiweißgehalt verantwortlich zu machen ist. *Runge* (Berlin).

Fischer, B., Pyelonephritis. (Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., Sitzg. v. 18. VIII. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 37, S. 2084. 1913.

Chronische Pyelonephritis durch Dauerkatheter bei Sectio alta. *Runge* (Berlin).

Wulff, Ove: Über Vaccinebehandlung der Infektionen der Harnwege. (*Chirurg. Univ.-Klin., Kopenhagen.*) Zeitschr. f. Urol. Bd. **7,** H. 9, S. 705—727. 1913.

Wulffs Untersuchungen erstrecken sich auf 63 Patienten (bis Ende 1912). Bei der Darstellung der Vaccine wurde das Prinzip der autogenen Vaccine streng durchgeführt. Fünf Gruppen: I. 23 Fälle: plötzliche Schmerzanfälle in den Lenden, hohes Fieber, Schüttelfrost, Pyurie. Nach der Vaccinebehandlung klärt sich der Urin, die febrilen Schmerzanfälle hören auf. Die Behandlung währt meist einen Monat. Rückfälle sind nicht beobachtet worden. W. vermutet in diesen Fällen, daß das Leiden von einem Herd außerhalb der Harnwege herrühre, der auf irgendeine Veranlassung einen Strom von Bakterien in den Kreislauf hineinsendet, wodurch die Fieberanfälle entstehen, indem die Bakterien zu den Nieren gelangen und auf diese Weise die Harnwegeinfektion hervorrufen. Die kombinierte prophylaktisch-heilende Wirkung der Vaccinebehandlung wird betont. In 22 Fällen fand sich B. coli, in 1 Falle war der Streptokokkus die Ursache. 4mal bestand eine Graviditätpyelitis, 2 Frauen waren im Anschluß an eine künstliche Entbindung an puerperalen Anfällen mit schweren Entzündungserscheinungen in den Harnwegen erkrankt. Nur 2 Fälle wurden nicht geheilt: beide betrafen Frauen, bei denen die Anfälle stets während der Menstruation auftraten. II. 13 Fälle mit chronischem Verlauf ohne febrile Anfälle. Lendenschmerzen und vesicale Tenesmen verschwanden. Der Allgemeinzustand besserte sich (Gewichtszunahme), Albuminurie und Pyurie verloren sich. Bakteriurie wurde nicht in allen Fällen beseitigt. Die Wirkung der Vaccinebehandlung ist in vielen Fällen eben die, eine Harnwegeeiterung in eine reine Bakteriurie zu verwandeln. Eine reine Bakteriurie mit Vaccine zu behandeln, wird keinen Erfolg haben. III. 11 Fälle, kompliziert durch Nierensteine. Die wichtigste Bedingung ist natürlich die Entfernung des Steins; im Anschluß Vaccinebehandlung, in 5 Fällen keine Wirkung, 6 Fälle gebessert. IV. 6 Fälle: 5 infizierte Wandernieren (4 bereits früher nephropexiert) und 1 schwielige Perinephritis: 3 Heilungen. V. 4 Fälle von schwerer Cystitis: 2 Heilungen, 1 Besserung, 1 Fall blieb unbeeinflußt. — Weitere Untersuchungen über die klinische Bedeutung des opsonischen Index ergaben, daß man auf diesem Wege sich keinen zuverlässigen Maßstab für die Größe der Infektion verschaffen kann, daß also die diagnostische Anwendung der opsonischen Indexmessung sehr unsicher ist. *P. Meyer* (Berlin).

Glynn, Ernest, and J. T. Hewetson: Adrenal hypernephroma in an adult female associated with male secondary sex characters. (Hypernephrom bei einer erwachsenen Frau, verbunden mit sekundären männlichen Geschlechtscharakteren.) Journal of pathol. a. bacteriol. Bd. **18,** Nr. 1, S. 81—88. 1913.

Inhalt ergibt sich aus der Überschrift. *Isaac* (Frankfurt).M

Nicolich: Sur deux cas de périnéphrite scléro-adipeuse très douloureuse. (Über 2 Fälle sehr schmerzhafter sklerosierender Entzündung der Capsula adiposa der Niere.) Journal d'urol. Bd. **4,** Nr. 1, S. 69—71. 1913.

Verf. beschreibt 2 einschlägige Fälle.

Im ersten, der eine 50jährige Diabetica betraf, bestanden seit 7 Jahren Koliken der rechten Seite, die mehrfach mit Abgang von harnsaurem Sand bzw. eines kleinen Uratsteines und öfter mit Hämaturie einhergingen. Die Schmerzen wurden im letzten Jahre kontinuierlich. Der zweite Fall betrifft einen 60jährigen Mann, der an Gicht litt. Mit 42 Jahren linksseitige Nierenkolik mit Entleerung von Grieß. Seitdem häufig Koliken mit Abgang von Grieß, Blut und Gerinnseln. In den letzten Jahren Dauerschmerz mit äußerst heftigen Exacerbationen. In beiden Fällen waren die Röntgenbilder negativ, der Urin klar, eiweißfrei. Die Entfernung der derben, verdickten Fettkapsel brachte in beiden Fällen Heilung. *W. Israel* (Berlin).CH

Mackenrodt, A.: 1: Zur Behandlung hoher Harnleiterverletzungen. 2: Zur Behandlung von Defekten und Verletzungen des Blasenhalses und des Sphincter urethrae. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 241—249. 1913.

1. Verf. unterzieht die von ihm im Laufe der Jahre beobachteten und operierten

Fälle von hoher Harnleiterverletzung einer kritischen Erörterung und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: Ein Verschluß des Harnleiters von nur 10 Stunden Dauer kann unter Umständen genügen, um der zugehörigen, vorher gesund befundenen Niere den Funktionstod zu geben. Dieser akute Funktionstod einer gesunden Niere ist für die andere nicht immer gleichgültig, wie Verf. an zwei mitgeteilten Fällen beweist. Das mikroskopische Bild der „gesunden" zweiten Niere war in beiden Fällen dasselbe: Epithelien der feineren Kanäle feinkörnig entartet und in allen Stadien des Zerfalls; keine septischen Prozesse. Makroskopisch unverändert. Ätiologisch kommt für den Verf. nur der Reflexweg in Betracht; vor allem bei plötzlicher Ausschaltung der einen Niere wird eine sympathische Erkrankung der anderen begünstigt. Bei der Therapie hoher Harnleiterverletzungen bleibt die Wahl zwischen folgenden Methoden: 1. Ureterunterbindung. Sie darf nur gewagt werden bei absoluter Gesundheit beider Nieren (Funktionsprüfung!) und des Herzens und ist aus den oben angeführten Gründen keine so gleichgültige Operation, wie heute im allgemeinen angenommen wird. 2. Bei kachektischen Kranken empfiehlt Verf. eine von ihm in einem Fall erprobte Operation: er nähte den Ureterstumpf durch den Quadratus hindurch in die Lumbalhaut ein, führte einen Ureterverweilkatheter ein. Nach einiger Zeit schloß sich die Ureterfistel. Diese Methode hat vor 1 den Vorzug, daß die betreffende Niere allmählich ausgeschaltet wird. 3. Die Vereinigung der beiden Ureterenden über einem Magnesiumröhrchen, welche Operation Verf. sehr einleuchtet. 4. Trotz dieser Methoden hält er, wenn die Gesundheit der anderen Niere feststeht, die Nierenexstirpation für das sicherste und gefahrloseste Mittel. — 2. Verf. empfiehlt die Freundsche Operation, die er mit einigen Modifikationen in mehreren Fällen mit Erfolg angewandt hat.

Aus der die Fistel umgebenden Vaginal- oder Blasenschleimhaut wird die Blasenhöhle und Urethra gebildet; der durch vordere Colpotomie hervorgezogene Fundus Uteri wird so gelagert, daß er durch Naht der seitlich ziemlich weit freigemachten Scheidenlappen den Blasenhals fest zusammendrückt. *Bleek* (Bielefeld).

Kawasoye, M.: Ein Fall von Ureterverschluß durch Knotenbildung. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. **4,** H. 4, S. 159—169. 1913.

Verf. berichtet über den ersten am Menschen ausgeführten Fall von Versorgung eines resezierten Ureterendes durch Verknotung desselben (ausgeführt von Stoeckel - Kiel). An dem durch Sektion gewonnenen Präparate (Tod durch Septikämie) fand sich mikroskopisch Abstoßung der Epithelien an der Knotungsstelle und beginnende Verwachsung der aneinanderliegenden Wände des früheren Lumens. An der betreffenden Niere fand sich eine deutliche Hydronephrose, die nach den Tierexperimenten des Verf. in Atrophie übergehen soll. *Hagen.*

Frank, Ernst R. W.: Über Verletzungen der Harnblasenschleimhaut durch Abtreibungsversuche. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. **46,** H. **1,** S. 27—41. 1913.

Verletzungen der Harnblasenschleimhaut durch Abtreibungsversuche sind in der Literatur auffallend selten beschrieben.

Verf. sah selbst 5 Fälle, die er durch cystoskopische Untersuchungen sicherstellen konnte. Die cystoskopisch nachweisbaren Veränderungen betreffen den Teil der Blasenschleimhaut, welcher in der Achse der Harnröhre liegt (Mitte des Trigonums, untere Teile der seitlichen Wände). Es handelt sich um flache Schleimhautdefekte, die scharf gegen die gesunden Teile abschneiden. Typisch sind kleine nadelstichähnliche, ganz oberflächliche Defekte in der Umgebung, welche durch Manipulationen mit den meist spitzen Gegenständen hervorgerufen werden. Erwähnung zweier ähnlicher Fälle beim Manne: Einmal hatte ein betrunkener Arzt die Verletzung gesetzt, ein anderes Mal hatte ein Patient zu onanistischen Zwecken einen spitzen Holzstab in die Harnröhre eingeführt. *Seige* (Partenkirchen).

Krall: Totalexstirpation der Blase. (Naturhist.-med. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 17. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 35, S. 1970. 1913.

Bei dem vor $^3/_4$ Jahren operierten Pat. wurden die Ureteren in der Lumbalgegend herausgeleitet. Das Auffangen des Urins machte große Schwierigkeiten, bis ein passendes Urinal angefertigt wurde. Zwei mit kleinen Schläuchen für die beiden Ureteren versehene Oliven sind mit einem Kugelgelenk jeweils in einer der Lumbalgegend angepaßte Platte eingelassen. Die Kugeln haben außen einen Fortsatz für den Urinalschlauch. Die Oliven selbst ragen in die Ureterenmündungen hinein und verhindern die Verschiebung der Platte. Jede der zwei Platten ist mit einer selbständigen Bandage um die Lumbalgegend befestigt. Der Urin beider Nieren läuft in ein gemeinsames Urinal. *Runge* (Berlin).

Loewe: Blasencarcinom. (Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., Sitzg. v. 1. IX. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 38, S. 2144. 1913.

Operativ exstirpierte, an diffuser carcinomatöser Infiltration erkrankte Harnblase. Die Ureteren wurden in eine durch Enteroanastomose abgeschaltete Dünndarmschlinge eingepflanzt. *Runge* (Berlin).

Fischer, B.: Carcinom der Harnblase. (Ärztl. Verein, Frankfurt a. M., Sitzg. v. 18. VIII. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 37, S. 2084. 1913.

Polypöses Carcinom der Harnblase bei einem Anilinarbeiter. *Runge* (Berlin).

Schneider, C.: Ein Fall von starker Nachblutung nach Operation eines Blasenpapilloms mittelst Hochfrequenzströmen. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 8, S. 638 bis 639. 1913.

Nach Verschorfung eines Blasenpapilloms durch Hochfrequenzströme trat bei einem 42jährigen Patienten eine starke Nachblutung ein, die zu einer erheblichen Anämie geführt hat und seine Aufnahme in ein Krankenhaus notwendig machte. Die Nachblutung ist nicht sowohl auf einen Mangel der Hochfrequenzbehandlung zurückzuführen, sondern auf das Verhalten des Patienten, der die ihm dringend verordnete Bettruhe nicht innegehalten hat. *Carl* (Königsberg).CH

Courtade, Denis: Influence du spasme de l'urètre dans la pathogénie des paralysies vésicales d'origine neurasthénique: action des courants galvano-faradiques. (Einfluß des Urethraspasmus in der Pathogenese der Blasenschwäche auf neurasthenischer Basis; Wirksamkeit der galvano-faradischen Ströme.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. Jg. **16**, Nr. 7, S. 425—427. 1913.

Der Spasmus der Urethra wird nur sehr selten an der unwillkürlichen Muskulatur des Sphincter externus vesicae beobachtet, sondern meist am willkürlichen Sphincter externus. Der Krampf tritt auf bei neurasthenischen Personen, und zwar entweder im Anschluß an leichte Alterationen der Harnwege, oder aber es besteht bei jenen Personen eine leichte Insuffizienz des Sphincter internus. Dieser wird bei der geringsten Formveränderung der Blase überwunden und, um die plötzliche Blasenentleerung zu vermeiden, kontrahieren die Kranken reflektorisch oder spontan den Sphincter externus. Die Folge hiervon ist ein starker Reizzustand des Muskels, der bei der Miktion schwer zu entspannen ist: vollkommene Harnretention kann eintreten und im Anschluß hieran Distension und Detrusorlähmung, so daß endlich eine Incontinence par regorgement besteht. — Durch Anwendung galvanofaradischer Ströme hat Courtade das Krankheitsbild erfolgreich beeinflußt. Krankengeschichten. *Janssen* (Düsseldorf).CH

Fromme, F.: Über Harnröhrendivertikel. (*Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 143—148. 1913.

Verf. kommt auf Grund der vorliegenden Literatur zu der Ansicht, daß einwandsfreie Fälle kongenitaler Entstehung von Harnröhrendivertikeln bis jetzt nicht veröffentlicht sind und daher wohl außerordentlich selten sein müssen. Die meisten Divertikel bilden sich erst nach Quetschungen der Harnröhre beim Geburtsakt aus. Es kommt dabei zu Zerreißung der Mucosa und Submucosa der Urethra mit nachfolgender herniöser Aussackung, in der sich nach jeder Miktion der Urin staut. Die Diagnose ist oft schwierig und oft nur auf Grund wiederholter eingehender Untersuchung möglich.

Verf. berichtet über 2 eigene Beobachtungen, wo sich nach einer Geburt Inkontinenz einstellte, die ihren Grund in solchen posttraumatischen Divertikeln hatte. In einem Falle handelte es sich um eine Urintasche, in welche ein überzähliger Ureter einmündete. Verf. vermutet, daß es sich bei diesem Divertikel um einen Rest des Gartnerschen Ganges handeln könne. *Hagen* (Nürnberg).

Minakuchi, K.: Über Harnfisteln. (*Frauenklin., Univ. Tübingen.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **18**, H. 3, S. 377—416. 1913.

In der Freiburger Frauenklinik wurden seit Oktober 1907 bis März 1912 45 Harnfisteln beobachtet, 34 Blasenfisteln, 11 Ureterfisteln. Die Fälle werden tabellarisch dargestellt und über Alter, Ursache und bisherige Fisteloperationen, zeitliches Auftreten der Fistel, Art und Größe der Fistel, Operationen, Resultat und weiterer Verlauf berichtet. Unter den Blasenfisteln befanden sich 3 absichtlich geschaffene Blasenbauchdeckenfisteln. 15 geburtshilfliche Verletzungen, 16 Fisteln auf gynaekologischem Gebiet. Bei den geburtshilflichen Verletzungen handelte

es sich 11 mal um Kopfgeburten mit 8 forcierten Zangen resp. Perforationen. Ob es sich im einzelnen Fall um Drucknekrose oder um Zerreißung handelt, ist oft nicht zu entscheiden. Beckenanomalien spielen jedenfalls bei der Entstehung eine wesentliche Rolle. Unter 16 gynaekologischen Fisteln finden sich 12 postoperative Blasenfisteln (1 Urethralfistel, 11 Blasenscheidenfisteln), 3 beabsichtigte Blasenbauchdeckenfisteln, 1 Ringdecubitusfistel. Die Fistel entstand 9 mal nach Freund - Wertheimscher Operation wegen Carcinom. colli, 1 mal nach Colporrhaphia anterior, 2 mal nach vaginaler bzw. abdominaler Totalexstirpation. Für die Therapie kommt nur die Naht in Frage. Die sub partu festgestellten Fisteln sind sofort zu nähen, anderenfalls ist bis zum Ablauf des Wochenbetts, d. h. 6—8 Wochen zu warten. Häufig ist noch eine sorgfältige Vorbereitung (Entzündungen, Cystitis) notwendig. Zur Erweiterung der oft geschrumpften Scheide kommen paravaginale Schnitte in Anwendung, nach der Seite oder in der Mitte. Als Operationsmethode kam die Naht nach Lappenspaltung bei den kleineren Fisteln in Anwendung. Die Fistelränder wurden umschnitten und die Vaginalwand von der Blase nach außen abpräpariert (0,5—1,5 cm weit). Die Vernähung erfolgte womöglich in 3 Schichten. Die größeren Fisteln und Defekte der Harnröhre werden durch Lappentransplantation aus der Vaginalschleimhaut gedeckt. Der Vaginaldefekt wurde durch Naht oder durch Lappentransplantation aus der Umgebung gedeckt. Bei Cervixdefekten wurde das vordere Scheidengewölbe quer gespalten und durch Lappenspaltung Blase von der Cervix getrennt. 1 mal wurde der ventrale Weg gewählt, wobei durch Aufnähen des parietalen Peritoneums auf Uterus und Ligamenta lata das Operationsgebiet extraperitonealisiert wurde. Von den 34 Fällen wurden 23 Fälle operativ behandelt, davon geheilt 21 = 91,3%, gebessert 2 = 8,7%, bei diesen die Behandlung noch nicht abgeschlossen. Ureterfisteln kamen 11 zur Beobachtung, die ebenfalls nach Lage, Entstehung usw. analysiert werden. Operiert wurden 6 Fälle. Einpflanzung, vaginale in die Blase 4 Fälle (3 geheilt, 1 nicht geheilt). Einpflanzung abdominale 1 Fall. Exitus. Ureterplastik 1 mal ohne Erfolg. Prophylaktisch ist bei Verletzung eines Ureters während der Operation die sofortige exakte Implantation in die Blase zu empfehlen. *Mertens.*

Baer, J.: Vesicovaginalfistel auf intravesicalem Wege geschlossen. Ein Beitrag zur operativen Behandlung kleiner Vesicovaginalfisteln. (*Urol. Privatklin. Henrique Bastos, Lissabon.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 37, S. 2053 bis 2054. 1913.

Kleine Vesicovaginalfistel einer 26 jährigen Frau wurde mit der vom Verf. selbst konstruierten seitlich beweglichen Schlinge seines Pancystoskopes, welche ad hoc in einen ca. 1 cm langen Spitzkauter umgeformt werden kann, kauterisiert. 12 Tage nach der Operation, dem Tag des Schorfabganges waren durch die nun angefrischten Wundflächen die Unterlagen zur völligen Schließung der Fistel gegeben.

Verf. empfiehlt das Verfahren nur für kleine Fisteln als Operation der Wahl und weist auf die mannigfaltige Verwendbarkeit seines Cystostopes hin. *Dorn* (Kempten).

Nyhoff, G. C.: Modifizierte Vesicovaginalfisteloperation. (*Groningensche Klinik.*) Nederl. Maandschrift voor verloskunde enz. Jg. **2,** Nr. 7, S. 441—448. 1913. (Holländ.)

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1,** S. 555.

Muret, M.: Zur Symptomatologie der Blasen-Scheidenfisteln. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 299—311. 1913.

In 4 Fällen von Blasen-Scheidenfisteln konnte Verf. ein interessantes Phänomen beobachten, daß nämlich die Patientinnen zeitweise willkürlich Urin durch die Scheide in einem Strahle aus der kleinen Blasen-Scheidenfistel lassen konnten. Es bestand dabei eine partielle echte Kontinenz der Blase und es handelte sich nicht um eine Ansammlung von Urin in der Scheide, wie es häufiger vorkommt; wurde die Blase voll, so konnte die Spannung ihrer Wände, die Bauchpresse und die Kontraktionen des Detrusors die kleine Fistel leichter überwinden als den Sphincter vesicae, was die Harnentleerung per vaginam beim willkürlichen Wasserlassen erklären könnte. Verf. glaubt, daß diese Kontinenz durch diese willkürliche Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur erklärt werden könne, wodurch ein zeitweiser Verschluß der Fistel bewirkt worden sei; in zweiter Linie käme eine gewisse Tonizität der Blasenmuskeln mit in Betracht. Bemerkenswert sei ferner, daß in allen Fällen die Fisteln relativ hoch saßen, daß sie klein waren, und daß ihre Ränder nicht starr, sondern glatt und beweglich waren; auch waren auf der Höhe der Fisteln Blasen- und Scheidenschleimhaut voneinander durch eine dicke Gewebsschicht getrennt, so daß die Fisteln in eine kleine Höhle mündeten. *Keller.*

Solowij, A.: Zur Technik der Operation schwieriger Blasenfisteln auf abdominalem Wege. (*Allg. Landeskrankenh., Lemberg.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. **4**, H. 4, S. 131—133. 1913.

Große Fisteln, welche sich vaginal nicht schließen lassen, greift Solowij nach dem Vorgange Dittels per laparotomiam an, indem er nach Spaltung der Plica vesicouterina zur Fistel vordringt und diese näht. Neuerdings hat er zunächst den Uterus von oben total exstirpiert und empfindet dieses Vorgehen als eine wesentliche Erleichterung. Die Blutung wird hierbei verringert, der Zugang zur Fistel vergrößert. Ein großer Vorteil des Verfahrens ist die Möglichkeit der ausgiebigen Drainage in die Vagina, da auf diese Weise die Gefahr der Urininfiltration und Infektion, für den Fall, daß die Naht nicht hält, vermieden wird. Ist die Fistel am Schambein stark adhärent, muß sie zunächst mit dem Raspatorium gelöst werden. Eine ausführliche Kranken- und Operationsgeschichte dient zur Illustration des Gesagten. *Knoop* (Duisburg).

Brenizer, Addison G.: Advantages of the simple endoscopic tube. (Vorteile der einfachen endoskopischen Röhre.) Old Dominion journal of med. a. surg. Bd. **16**, Nr. 1, S. 7—13. 1913.

Die beiden Hauptvertreter der Bestrebungen der dem Cystoskop zugrunde liegenden Idee, nämlich der endoskopischen Röhre, sind Kelly in Amerika und Luys in Frankreich, d. h. sie verwenden ein Speculum oder eine Röhre ohne Prisma. Kelly bezieht reflektiertes Licht von einem Kopfspiegel, Luys führt das Licht mit der Röhre ein und benutzt ein Vergrößerungsglas. Diese Endoskopie wird in Knieellenbogen- oder der Trendelenburgschen Lage ausgeführt. Brenizer benutzt das Luyssche Instrument, von dem er als Vorzüge rühmt: gute Beleuchtung, die Möglichkeit, Urin, Blut, Eiter, sowie sie in das Blasenbild treten, durch Aspiration zu entfernen, das Vergrößerungsglas. Diese Art Endoskopie hat vor der prismatischen Cystoskopie das voraus, daß man alles sieht, wie es in Wirklichkeit ist, an seinem Ort, in seiner Gestalt, ohne deformiert zu sein, weil nämlich die Entfaltung der Blase durch die Flüssigkeit fehlt; ferner daß die endoskopische Röhre leicht Extraktion von Fremdkörpern unter Augenkontrolle gestattet. Dann fällt das bei endovesicalen Eingriffen so unangenehme Wechseln der Instrumente fort. — Die Nachteile der einfachen Endoskopie bestehen in dem Zwang, sehr großkalibrige Röhren zu gebrauchen und in dem reduzierten Gesichtsfeld. *Hirschmann* (Berlin).CH

Stanton, E. Mac-D.: A combined cystoscope and evacuator. (Ein Cystoskop, kombiniert mit einem Evakuator.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 6, S. 265—266. 1913.

Verf. hat eine sinnreiche Einrichtung angegeben, die es ermöglicht, einen Bigelowschen Evakuator an ein Cystoskop anzuschließen. Mit Hilfe des Instruments können die Steinfragmente nach der Steinzertrümmerung unter Kontrolle des Auges entfernt werden. *Baetzner* (Berlin).CH

Hock, Alfred: On a simple synergistic in cystoscopy. (Über ein einfaches Hilfsmittel beim Cystoskopieren.) Techn. supp. Bd. **1**, Urol. a. cutan. rev. Nr. 1, S. 66—67. 1913.

Abbildungen und kurze Beschreibung von vier verschieden langen und gekrümmten Lampenansätzen für Cystoskope, um die Schwierigkeiten der Einführung z. B. bei Prostatikern zu verringern. Die Lampen sind in den Ansätzen an deren Basis angebracht, und zwar teilweise so, daß sie nur nach der konvexen Seite, teilweise derart, daß sie sowohl nach der konkaven als auch nach der konvexen Seite hin leuchten. Der Tubus ist entsprechend eingerichtet. Zu beziehen von T. Leiter, Wien. *Ellermann* (Danzig).CH

Pérez del Yerro, L., y E. M. Milano: Bedeutung und klinische Verwendung der Röntgenuntersuchung von Nierenbecken und Harnblase. (*Dermatol. Inst. u. Röntgeninst., med. Fakultät, Madrid.*) Progresos de la clinica, Jg. **1**, Nr. 4, S. 193 bis 222. 1913. (Spanisch.)

Die Verff. empfehlen auf Grund von mehr als 40 eigenen Beobachtungen wärmstens die Pyelographie, nicht nur zu diagnostischen und didaktischen Zwecken, sondern auch zur Klärung der Pathogenese in einzelnen Fällen; Schädigungen wurden nie beobachtet,

im Gegenteile, manchmal traten ganz unerwartete Heilwirkungen auf, welche auf die antiseptische Wirkung der verwendeten Flüssigkeiten zurückzuführen sind. Ausführlich werden besprochen das Verhalten der Niere in radiographischer Beziehung unter normalen Verhältnissen, die Nierenektopie, Uronephrosis, Nierentumoren, angeborene Anomalien, Nierentuberkulose, Nierensteine, ferner die Technik der Pyelographie, wobei die Verfasser nichts Neues bringen. Bei der Radiographie der Blase werden namentlich Divertikel, Prostatahypertrophie, Blasensteine und Blasentumoren ausführlich besprochen; 19 sehr gut wiedergegebene Röntgenbilder illustrieren die Arbeit

Schmid (Prag).

Tumoren des knöchernen Beckens und der Glutaealgegend:

Parin, Wasili: Beitrag zur Kenntnis der angeborenen präsakral sitzenden Geschwülste. (*Chirurg. Klin., Kasan, u. Krankenh., München-Schwabing.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **123,** H. 5/6, S. 584—600. 1913.

Die Geschwulst, aus mehreren cystenartigen Gebilden bestehend, enthält gut erkennbare Organteile aus allen drei Keimblättern. Nach zweimaliger Exstirpation Heilung.

Paetzold (Berlin).CH

Mamma:

Masson, P.: Le rôle des inflammations dans l'histogénèse de la maladie kystique du sein. (Die Rolle der Entzündung in der Histogenese der Mastitis cystica.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88,** Nr. 6, S. 285 bis 290. 1913.

Der Entstehung nach ist die Brustdrüse als eine modifizierte Schweißdrüse aufzufassen. Während der Entwicklung bilden sich aber nicht alle Einstülpungen des Oberflächenepithels zu Milchgängen aus, einige bleiben weniger differenziert und bilden die Areoladrüsen (Montgommerysche Drüsen), die gewissermaßen Übergänge zwischen Schweißdrüse und Milchdrüse darstellen. Bei der Mastitis cystica kommen verschiedenartige Bildungen infolge der engen Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebe zustande. Bei zwei tuberkulösen Entzündungen der Brust konnte Verf. verschiedene plastische Vorgänge beobachten, entweder es trat eine Hyperplasie nur des Epithels auf, oder Epithel und Bindegewebe zusammen oder endlich das Bindegewebe allein hypertrophiert und führt oft zum Verschluß des Lumens. In seinem Aussehen gewinnt ein Acinus auf diese Weise eine gewisse Ähnlichkeit mit einem Ausführungsgang. Verf. schildert dann die Vorgänge, welche sich an den Acinus abspielen bei der Mastitis cystica vom Typus Reclus. Entweder der Acinus geht in der Entzündungsmasse auf, oder es kommt auch hier zu einer Obliteration der Ausführungsgänge, die oft zu einer Cystenbildung im Parenchym zentralwärts von der Stenose führt. Immer sind es aber Entzündungsvorgänge in dem Gewebe der Brustdrüse, welche zu diesen Umbildungen des Parenchyms führen. Die cystische Entartung ist nicht als eine Entwicklungsstörung aufzufassen.

Carl (Königsberg).CH

Marquis, E.: Le cancer des mamelles bilatéral d'emblée. (Doppelseitiger gleichzeitiger Brustkrebs.) Gaz. des hôp. Jg. **86,** Nr. 91, S. 1451—1452. 1913.

Die gleichzeitige Entwicklung von Carcinom in beiden Brüsten von vornherein ist ein seltnes Ereignis. Es kommen zwei wesentlich voneinander verschiedene Formen dieser Krankheit vor, die Mastitis carcinomatosa bilateralis mit akutem Verlauf und der doppelseitige Scirrhus mit langsamem Verlauf. Während bei der Mastitis carcinomatosa die Prognose absolut schlecht ist, ist sie beim beiderseitigen Scirrhus nicht gar zu schlecht, wofür Fälle aus der Literatur angeführt werden. Nicht zu verwechseln mit dem primären doppelseitigen Brustkrebs sind Metastasenbildungen in der zweiten Mamma, die nicht selten vorkommen. Ein Fall eines primären doppelseitigen Carcinoma mammae bei einer 34jährigen Frau wird ausführlich mitgeteilt.

Carl (Königsberg).CH

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Brenner: Über ein junges menschliches Ei. (Naturhist.-med. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 3. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 35, S. 1969. 1913.

Puech, P., et J. Vanverts: Du rôle du corps jaune dans la nidation et le développement de l'œuf chez la femme. (Über die Rolle des Corpus luteum bei der Nidation und Entwickelung des menschlichen Eies.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. **Jg. 8,** Nr. 4, S. 236—243. 1913.

Verff. suchen am menschlichen Material die durch die experimentellen Arbeiten von Fränkel gestützte Bornsche Theorie über die wichtige Rolle des Corpus luteum für die Nidation und Entwickelung des Eies nachzuprüfen.

Aus der Literatur haben in 25 Fällen von Ovarienformen in den ersten beiden Schwangerschaftsmonaten (in 20 Fällen waren beide Ovarien, in 5 Fällen das Ovarium, welches das frische Corpus luteum enthielt, entfernt worden) zusammengestellt, bei denen es jedoch nur in 5 Fällen nach der Operation zur Unterbrechung der Schwangerschaft kam.

Wenn auch die Verff. daraus den Schluß ziehen, daß die Entfernung des Corpus luteum in den beiden ersten Monaten der Schwangerschaft nicht mit absoluter Sicherheit die Unterbrechung der Schwangerschaft zur Folge hat, so sprechen sie andrerseits dem Corpus luteum doch nicht jegliche Bedeutung ab. Denn sie fanden, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft doch häufiger in den ersten beiden Monaten (25%) eintritt, als im dritten (11%) und vierten Monate (12%); ferner daß sie häufiger auftritt nach doppelseitiger Ovariotomie (25%) als nach einseitiger (16,5%) während der beiden ersten Monate. *Keller* (Zürich).

Policard, A.: A propos de parthénogénèse humaine. (Über menschliche Parthenogenese.) Arch. d'anthropol. crim. Bd. 28, Nr. 236/237, S. 672—677. 1913.

Referat neuerer biologischer Arbeiten. Verf. versteht unter Parthenogenese eine morphologisch zwar normale, funktionell aber unvollkommene Befruchtung, derart, daß ein Zoosperm zwar den Anstoß zur Teilung des Eies gibt, dabei aber keinerlei väterliche Eigenschaften überträgt. Das Eindringen des Spermatozoons in die Eizelle löst zwei Vorgänge aus: die Zellteilung und die Übertragung väterlicher Eigenschaften zu den mütterlichen des Eies (Amphimixis). Diese beiden Vorgänge können unter gewissen Bedingungen getrennt in Erscheinung treten. Die Eiteilung kann nach neuen biologischen Arbeiten ohne die Einwirkung eines Spermatozoons durch mechanische, physikalische und chemische Einflüsse künstlich hervorgerufen werden. Als Träger der hereditären Eigenschaften scheint das Chromatin des Zellkerns zu funktionieren. Es sind nun, vornehmlich von Kupelwieser und Loeb, Versuche angestellt worden, die beiden Hauptphänomene bei der Befruchtung, die Anregung der Eiteilung und die Amphimixis voneinander zu trennen. Histologisch kann man dabei hochinteressante Vorgänge beobachten. Gleich nach dem Eindringen des Zoosperms lagert sich wie gewöhnlich das männliche Chromatin um das weibliche. Aber nach ganz kurzer Zeit schon wird es aus dem befruchteten Eikern ausgestoßen und degeneriert im Zellprotoplasma. Das heißt, das Zoosperm hat in diesem Fall nur die Anregung zur Eiteilung gegeben, ohne väterliche Eigenschaften zu übertragen, das Ei hat sich nach obiger Definition parthenogenetisch entwickelt. Weiterhin hat Hertwig Untersuchungen angestellt über die Befruchtungsfähigkeit von Spermatozoen, welche der Einwirkung von Giften, Methylenblau, Radiumstrahlung ausgesetzt waren. Der Kopf der Spermatozoen ist gegen genannte Substanzen empfindlicher als der Schwanz und so gelingt es unter Umständen, den chromatinhaltigen Teil schon völlig zu zerstören, während der übrige noch funktionsfähig ist. Verwandt wurden Froscheier und vergiftete Froschspermatozoen. Es zeigte sich, daß bei schwacher bis mittelstarker Giftwirkung Mißbildungen entstanden, deren Anzahl der Giftwirkung proportional war. Umgekehrt bei sehr starker Einwirkung. Hier verhielt sich die Zahl der Mißbildungen umgekehrt proportional, und bei Zerstörung des ganzen Chromatinabschnitts entstanden normale Larven. Auch hier hatte also das geschädigte Spermatozoon die Möglichkeit, Eigenschaften zu vererben, gänzlich eingebüßt. Ob ähnliches beim Menschen vorkommt, ist unbekannt. Denkbar wäre, daß auch hier z. B. Alkohol, Morphin, Tuberkulosegift usw. ähnlich wirken könnten wie das Methylenblau bei Froschspermatozoen. *Himmelheber* (Heidelberg).

Spalding, Alfred Baker: The value of abdominal measurements in pregnancy, a statistical study. (Der Wert abdominaler Messungen in der Schwangerschaft, eine statistische Studie.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 10, S. 746—749. 1913.

Verf. hat versucht, durch zahlreiche äußere Messungen des Hochstandes des Uterus bei schwangeren Frauen bestimmte Beziehungen der hierbei gewonnenen Zahlen zum Gewicht des Kindes einerseits wie zur Bestimmung der augenblicklichen Dauer der Schwangerschaft und somit des mutmaßlichen Endtermines festzulegen. So soll eine (mittelst Bandmaß von Symphyse bis Fundus festgestellte) Uteruslänge von 34—37 cm

einem Durchschnittsgewicht des Kindes von 3275—3395 g und eine solche von 38 bis 45 cm einem Gewicht von 3555—4100 g entsprechen. So soll ferner bei 22—26 cm Hochstand des Fundus durch Addition von 2, bei 26—30 cm Hochstand durch Addition von 3, von 30—32 durch Addition von 4 und von 32—35 cm durch Addition von 5 sich die jeweilige Schwangerschaftswoche feststellen lassen. *Vaßmer* (Hannover).

Eckelt, Kurt: Über die Nierenfunktion in der Schwangerschaft. (*Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 434—450. 1913.

Eckelt unterzog die Nierenfunktion einer Prüfung bezüglich ihres Ausscheidungsvermögens von H_2O, NaCl und N bei 3 gesunden Schwangeren und bei 7 Fällen von Schwangerschaftsniere, von denen 2 zu Eklampsie führten. Der H_2O-, NaCl- und N-Gehalt der lactovegetabilischen Diät wurde approximativ nach Tabellen bestimmt und so wie der Kot-N sowie das bei der Perspiratio insensibilis abgeschiedene Wasser in Durchschnittswerten zur Aufstellung der Stoffwechselbilanz verwendet. Zur Prüfung der Anpassungsfähigkeit der Niere wurden Belastungsproben mit 1—$1^1/_2$ l H_2O, 10 g NaCl und 20 g künstlichen Harnstoffs = 10 g N und die Konzentrationsprobe bei Trockendiät angestellt.

Die Prüfung der Niere gesunder Schwangerer mittels dieser Methoden ergab keinen Funktionsunterschied gegenüber der gesunder Nichtschwangerer, auch läßt sich eine gesteigerte Diurese gegen Ende der Schwangerschaft nicht nachweisen. Die Schwangerschaftsniere (die Diagnose wurde aus dem hohen Eiweißgehalt des Harns und dem Auftreten von Ödemen in der 2. Schwangerschaftshälfte gestellt) ergab eine Insuffizienz der Niere bezüglich der H_2O- und NaCl-Ausscheidung und ähnelt somit funktionell der sog. tubulären Nephritis Schlayers. Dagegen ließ sich eine Fixation des spezifischen Gewichtes, wie es bestimmten Formen der Nephritis eigen ist, nicht konstatieren. In den beiden mit Eklampsie komplizierten Fällen von Schwangerschaftsniere ließ sich ein Sinken des NaCl-Titers feststellen, ein ev. künftighin verwertbarer Hinweis auf bevorstehenden Eklampsieausbruch. Als therapeutisch wertvoll ergibt sich aus diesem Nachweis der Insuffizienz der Schwangerschaftsniere für Wasser und Kochsalz die Mahnung zur Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr und die Anempfehlung möglichst kochsalzarmer Diät. Reine Milchdiät ist zufolge ihres hohen Wassergehaltes nicht am Platze. Der Erfolg in den derart behandelten Fällen, das Schwinden der Ödeme und das Sinken des Blutdruckes, sprechen für die Gültigkeit dieser Theorie.

Bienenfeld (Wien).

Abderhalden, Emil, und Andor Fodor: Über Abwehrfermente im Blutserum Schwangerer und Wöchnerinnen, die auf Milchzucker eingestellt sind. (*Physiol. Inst., Univ. Halle a. S.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 34, S. 1880. 1913.

Bei künstlicher Zufuhr von Milchzucker in das Blut treten im Blutserum Abwehrfermente auf, die dieses Disaccharid zu verändern vermögen. Auf Grund dieser Erfahrungen wurde geprüft, ob im Serum von Schwangeren und Wöchnerinnen auch ähnliche Stoffe aufzufinden seien.

Bei 12 Graviden in verschiedenen Monaten waren keine Abwehrfermente gegen Milchzucker nachweisbar; nur in einem einzigen Fall — 10. Monat — wurde Milchzucker abgebaut; ebenso baute von 10 Wöchnerinnen nur eine Lactose ab.

Die Untersuchung des Serums muß durch die des Harns ergänzt werden. Bezüglich der Technik ist auf die Originalarbeit zu verweisen. *Benario.*

Jamison, Chaillé, and J. C. Cole: The sero-diagnosis of pregnancy. (Die Serodiagnose der Schwangerschaft.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66**, Nr. 3, S. 188—192. 1913.

50 Fälle wurden mit folgendem Resultate untersucht: Serum von Schwangeren gab mit Placenta stets eine positive, Serum von Nichtschwangeren, gynaekologisch Kranken und von Männern immer eine negative Abderhaldensche Reaktion. Der absolute Wert des Dialysierverfahrens als klinische Methode wird anerkannt. *Lampé* (München).

Koblanck: Die Indikationen zur künstlichen Frühgeburt und deren Technik. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 18, S. 545—552. 1913.

Besprechung der bekannten Indikationen von seiten der Mutter und des Eies zur Unterbrechung der Gravidität und Einleitung der Frühgeburt sowie kurze Angaben der dabei allgemein geübten Technik. *Ehrenberg* (Berlin).

Peterson, Reuben: A case of full term ectopic gestation with a dead fetus retained in the abdominal cavity for eight months. (Ein Fall von ausgetragener Extrauterinschwangerschaft mit totem Kinde, das acht Monate lang in der Bauchhöhle zurückgehalten wurde.) Physician a. surg. Bd. **35**, Nr. **5**, S. 198—200. 1913.

Das Wichtigste ergibt sich aus der Überschrift. 39jährige Frau. Am Ende der Schwangerschaft setzten Wehen ein, die bald wieder aufhörten. Seitdem menstruierte Patientin wieder regelmäßig. Diagnose Uterusmyom. Laparotomie. Uterus faustgroß. Tumor von Netz überdeckt. Fruchtsack ringsherum mit dem Becken, Rectum, Dünndarm, Mesenterium verwachsen. Konnte nicht entfernt werden. Drainage nach der Vagina zu; oben geschlossen. Ein Teil der Placenta mußte zurückbleiben. Nach Entfernung der Gaze am 6. Tage Peritonitis und Exitus. Das Kind war ausgetragen und zeigte keine Mißbildungen. *Lamers* (Amsterdam).

Neu: Zur Pathologie und Therapie der Hyperemesis gravidarum. (Naturhist.-med. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 3. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1969. 1913.

Gegenüber Heinrichsdorf vertritt Neu die Anschauung, daß die bei Hyperemesis während der Sektion gefundenen Organveränderungen dafür sprechen, daß wir es bei dieser Erkrankung nur mit einer bestimmten Form der atypischen Schwangerschaftstoxikose zu tun haben, und zwar einer Frühform. Auch die Einheitlichkeit des klinischen Krankheitsbildes und der mit verschwindenden Ausnahmen typische Verlauf der Hyperemesis müsse zu der vom Vortr. vertretenen Ansicht der Einheitlichkeit der ätiologischen Auffassung von der Hyperemesis als atypischer Graviditätstoxikose führen. Für die klinische Betrachtungsweise ist nötig, daß der Symptomenkomplex, der mit dem Begriff der Hyperemesis verbunden werden soll, eng umgrenzt werde. Die ausgesprochenen und schweren Fälle verlaufen auch klinisch unter dem Bilde der Vergiftung. Die polypragmatische Therapie von früher ist verlassen worden, die medikamentöse ist nicht notwendig und die lokale hilft nichts. Die zunächst als nervös imponierenden Fälle von gesteigertem Schwangerschaftserbrechen reagieren günstig auf jede Art von Psychotherapie. Die Hauptgesichtspunkte aber für eine rationelle Behandlung sind die, die das diätetische Prinzip mit oder ohne Zuhilfenahme der Psychotherapie verfolgen. Es kommt vor allem darauf an, wie bei andersartigen Vergiftungen, entweder den im Körper kreisenden Giftstoff herauszuschaffen oder zu verdünnen, und demgemäß die Leistung der für die Ausscheidung von Körpergiften bestimmten Organe zu heben. Dieses Ziel wird durch Flüssigkeitszufuhr in jeder Art erreicht. Gelegentlich wird man zur Anwendung von Nährklistieren gezwungen. Am besten findet die Behandlung in einer Anstalt statt. Unterbrechung der Schwangerschaft ist nur in den seltensten Fällen nötig. Die Aufstellung der Indikation hierzu ist sehr schwer: sie ist aus den klinischen Erscheinungen herzuleiten. Stellt sich dauernder Gewichtsverlust ein, treten im Harn auf Organabbau weisende Substanzen auf, sind Pulsanomalien oder Symptome direkter Herzschädigung, Temperaturanomalien, Ikterus, Druckschmerzhaftigkeit der Leber, psychische Reizerscheinungen vorhanden, so ist die Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert. Der Abortus arteficialis werde möglichst schnell und schonend vorgenommen; vor der Anwendung von Chloroform ist dringend zu warnen. *Runge.*

Meunier: Vomissements incoercibles de la grossesse chez une primipare de 40 ans. Guérison par les injections hypodermiques d'adrénaline. (Unstillbares Schwangerschaftserbrechen bei einer 40jährigen Erstgeschwängerten. Heilung durch subcutane Adrenalininjektionen.) Tours méd. Jg. **9**, Nr. 5, S. 89—92. 1913.

Meunier empfiehlt, gestützt auf den günstigen therapeutischen Erfolg einer Adrenalinkur bei schwerster Hyperemesis einer 40jährigen Erstgebärenden, die Adrenalinbehandlung, die jedenfalls vor der Schwangerschaftsunterbrechung zu versuchen wäre. Das Erbrechen sistierte nach der ersten Injektion einer Lösung von 0,00025 g Adrenalinchlorhydrat in 20 ccm physiologischer NaCl-Lösung. Heilung nach 40tägiger Bettruhe und Verabfolgung von 8 Injektionen. *Bienenfeld* (Wien).

Vogt, E.: Morbus Addisonii und Schwangerschaft. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 33, S. 1821—1823. 1913.

Ausführliche Geburtsgeschichte und Sektionsprotokoll. Sekundärer Addison infolge Tuberkulose beider Nebennieren und Beinebennieren. Sezernierende chromaffine Substanz war mikroskopisch nirgends mehr nachzuweisen. Der mitgeteilte Fall von Komplikation eines sekundären Addison durch Schwangerschaft ist der dritte in der Literatur. Kritische Besprechung der beiden andern Fälle. Eine frühzeitige Schwangerschaftsunterbrechung ist bei der für die Mutter sowieso schlechten Prognose nicht indiziert. Es ist nur Rücksicht auf das Kind zu nehmen. Die weiteren Lebenschancen der Kinder sind nicht schlecht. *Fetzer* (Königsberg).

Stoeckel: Pyelitis gravidarum. (Med. Ges., Kiel, Sitzg. v. 26. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 38, S. 2147. 1913.

2 gravide Frauen. Bei der einen ergab erst Untersuchung des Harns eine Infektion des Harntraktus mit Kolibazillen und die Diagnose Pyelitis. Erscheinungen waren sehr schwer; schwere Allgemeinerscheinungen; Niere sehr druckempfindlich, nahm an Umfang zu. Graviditas mens. V. Fortgesetzte Nierenbeckenspülungen (wochenlang mit 1- oder 2tägigen Pausen) brachten Heilung. Schwangerschaft konnte erhalten werden.

Der Fall beweist, daß man oft in fast aussichtslosen Fällen noch mit Nierenbeckenspülungen zum Ziel gelangen kann. Oftmals muß man sie recht oft wiederholen, um durch Wegschaffung des schwer infizierten Urins die Intoxikationszustände zu beseitigen. Im 2. Falle handelte es sich um die Fehldiagnose Perityphlitis, die ja sehr häufig mit Pyelitis verwechselt wird. Eine einmalige Nierenbeckenspülung genügte zur Erzielung des Erfolges. Die Frühdiagnose ist das Wesentlichste zur Durchführung des Programms, Beseitigung der Pyelitis mit Erhaltung der Gravidität. Bei jedem fieberhaften Zustande mit lokaler Druckempfindlichkeit in der Gegend des Mc. Burneyschen Punktes und Schmerzhaftigkeit in der Nierengegend, einseitig oder doppelseitig, muß sofort die bakteriologische Untersuchung des mit Katheter gewonnenen Blasenurins durchgeführt werden. Bei Anwesenheit von Koli in Reinkultur oder mit anderen Keimen gemeinsam ist die Diagnose ziemlich gesichert. Völlige Gewißheit gewährt der Ureterenkatheterismus. Es ist fraglos richtig, daß eine abwartende Haltung mit diätetischen Maßnahmen und Bettruhe oft genügt; es ist aber ebenso zweifellos, daß bei prinzipiell abwartendem Standpunkt viele Fälle sich so verschlechtern, daß das Nierengewebe selbst erkrankt und chirurgische Eingriffe an der Niere selbst notwendig werden, oder daß die Schwangerschaft durch Eintritt des Abortes unterbrochen wird. Nur durch rechtzeitiges Übergehen von der medikamentös-diätetischen Therapie zur Nierenbeckenspülung läßt es sich mit Sicherheit erreichen, die Nieren vor Infektion zu schützen und die Schwangerschaft bis zum Ende zu erhalten. *Runge* (Berlin).

Seitz, L., Über galvanische Nervenmuskelerregbarkeit in der Schwangerschaft und über Schwangerschaftstetanie. (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 16, S. 849—851. 1913.

Die Beobachtung, daß für die Tetanie eine erhöhte mechanische und elektrische Erregbarkeit der peripheren Nerven charakteristisch ist und daß diese Krankheit besonders häufig schwangere Frauen befällt, veranlaßten Seitz, die galvanische Erregbarkeit der Nerven einer genauen Prüfung zu unterziehen. Dabei tritt die Kathodenschließungszuckung am Nervus medianus bei nicht schwangeren Frauen im Mittel bei 1,3 M.A. auf, und nur in 10% sinkt dieser Wert unter 0,9 M.A. herab. Bei Schwangeren tritt dagegen in 80% die Ka.-S.-Z. unter 0,9 M.A. ein. Demnach besteht bei 80% aller Schwangeren eine leichte Steigerung der galvanischen Erregbarkeit. Diese erreicht unter der Geburt ihren höchsten Grad und geht dann im Wochenbett allmählich wieder zurück. In rund 10% tritt unter der Geburt die Ka.-S.-Z. schon bei 0,1—0,3 M.A. auf, so daß man hier schon von einem subtetanischen Zustand sprechen muß. Daß diese Untersuchungen auch einer gewissen praktischen Bedeutung nicht entbehren, wird durch das Krankheitsbild einer Schwangeren bewiesen, deren Krankheitssymptome anfangs nur

sehr wenig ausgesprochen waren und zu dieser Zeit als asthmatische gedeutet wurden. Erst später, als sich die Muskelsymptome hinzugesellten, entpuppte sich das nervöse Asthma und die übrigen nervösen Symptome als Folgen des subtetanischen Zustandes. Die Ka.-S.-Z. des Medianus trat bei dieser Schwangeren bereits bei 0,2 M.A. auf. Verf. ist der Ansicht, daß sich öfters hinter „nervösen Schwangerschaftsbeschwerden" subtetanische Zustände verbergen. Er nennt sie Parathyreotoxikosen. Therapeutisch hat sich Pantopon bewährt, weniger gut Thyreoidin. *Borell* (Düsseldorf).

Rühle, Walter: Beitrag zum Verhalten der regionären Lymphdrüsen und des Ureters beim Carcinoma colli uteri in graviditate. (*Rhein. Prov.-Hebammenlehranst., Elberfeld.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 321—331. 1913.

Mitteilung eines Falles von Ca. des Collum uteri. Im Gegensatz zu den Erfahrungen anderer Operateure war hier der Ureter metastatisch früh ergriffen, was wohl auf die durch die Gravidität bewirkten Organismusveränderungen zurückzuführen ist. In den hierher gehörigen Fällen empfiehlt sich Kaiserschnitt und anschließende abdominelle Totalexstirpation. Im Parametrium waren im vorliegenden Falle nur vereinzelte, getreidekorngroße carcinomatöse Lymphknötchen gefunden worden, die iliakalen und hypogastrischen Lymphdrüsen waren teilweise erkrankt. *Sehrt* (Freiburg).

Geburt:

Foges, Arthur, Pituitrinanwendung in der Geburtshilfe. (*II. geburtshilfl.-gynaekol. Klin., Wien.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **99,** H. 3, S. 455—462. 1913.

Auf Grund seiner Beobachtungen am Material der Wertheimschen Klinik kommt Verf. zu folgendem Resultat: Als wehenerregendes Mittel ist Pituitrin in der Austreibungsperiode und am Ende der Eröffnungsperiode indiziert. „Pituitrinrecht" deckt sich ungefähr mit Zangenrecht. Auch für Beckenendlagen und Placenta praevia nach erfolgter Wendung oder Metreuryse ist Pituitrin angezeigt. In einer früheren Geburtsperiode angewendet, kann es leicht zu Komplikationen führen. Für post-partum-Blutungen hat sich eine Kombination von Pituitrin und Ergotin als zweckmäßig erwiesen. Das Mittel soll hierbei intramuskulär verabfolgt werden. Als Prophylacticum gegen Blutungen beim Kaiserschnitt leistet Pituitrin hervorragende Dienste. H. Schmid empfiehlt hierzu die direkte Injektion in die Uterusmuskulatur gleich nach Extraktion des Kindes. *Borell* (Düsseldorf).

Plantier, L.: Chiromancie obstétricale. La laxité des doigts, mesure de la rétropulsivité coccygienne. (Geburtshilfliche Chiromantie. Die Schlaffheit der Finger als Maß für die Beweglichkeit des Os coccygis.) Paris méd. Jg. **1912/13,** Nr. 41, S. 346—347. 1913.

Von dem Gedanken ausgehend, daß der rasche Ausgang der Geburt wesentlich davon abhängt, ob das Os coccygis leicht oder schwer dem vordringenden Kopfe nachgibt, behauptet Plantier, an der Beweglichkeit der Fingergelenke einen Anhaltspunkt für die Geburtsprognose zu haben. Sind die Fingergelenke in der Gravidität sehr beweglich, so sei der Schluß erlaubt, daß das Os coccygis keine wesentliche Geburtserschwerung verursachen wird und vice versa. *Frankenstein* (Köln).

Goldstrom, Margarete: Über die prognostische Bedeutung des Nachweises von Streptokokken im Vaginalsekret Kreißender. (*Städt. Frauenklin., Frankfurt a. M.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 3, S. 737—754. 1913.

Die eigenen Untersuchungen umfassen 902 Fälle. Diese wurden kreißend aufgenommen ohne klinische Zeichen von Infektion. Zum Teil waren außerhalb schon vaginale Untersuchungen und Entbindungsversuche vorgenommen worden. In der Klinik selbst wurde, abgesehen von den operativen Fällen, nur rectal untersucht. Komplizierende Allgemeinerkrankungen, Lues und Gonorrhöe wurden aus dem Material ausgeschieden. Die Sekretentnahme geschah s. p. aus dem unteren Drittel der Vagina mit dem von Traugott angegebenen Sekretpinsel (Münch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 4) Verarbeitung: Oberflächenausstrich auf alkalischer Agarplatte. Alkalische Bouillon. Anaerobe Züchtung in hoher Schicht von Traubenzuckeragar. Oberflächenausstrich auf Blutplatten. Quantitative Verhältnisse wurden nicht berücksichtigt, da in 12 Fällen trotz Streptokokkenreinkultur auf der primären alkalischen Platte das Wochenbett fieberlos verlief. Die Morbidität wurde nur nach dem Verhalten der Temperaturkurve (2 mal axillare Messung und Grenze 38 Grad) beurteilt. Unter diesen Bedingungen konn-

ten keine wesentlichen Unterschiede im Verlauf des Wochenbetts bei den Frauen ohne Streptokokken, gegenüber denen *mit* anhämolytischen oder hämolytischen Streptokokken behafteten festgestellt werden. Die Prognose des Wochenbetts ist unabhängig von der Anwesenheit oder dem Fehlen von Streptokokken im Sekret des unteren Drittels der Vagina ante partum. Es ist weder durch morphologische noch durch biologische Kriterien die Bedeutung eines Streptokokkenstammes für seinen Wirt zu erkennen. *Fetzer* (Königsberg).

Holzapfel, Karl: Tod des Kindes durch einen wahren Nabelschnurknoten. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 186—188. 1913.

Die Schädigung eines ausgetragenen Kindes durch einen wahren Knoten der Nabelschnur ist äußerst selten; sie kann nur bei reichlicher Länge der Nabelschnur entstehen, bei der gewöhnlich die Gelegenheit zum Anspannen der Schnur und zum Zuziehen des Knotens fehlt.

Beschreibung eines derartigen Falles, bei dem die Kindsbewegungen 2 Tage ante partum *aufhörten*. Kind wurde leicht maceriert geboren, 51 cm lang mit einer Nabelschnur von 118 cm Länge. Die genaue Untersuchung von Kind und Placenta ergab, daß nur der wahre Knoten der Nabelschnur an dem Tode des Kindes die Schuld getragen hat. Die mikroskopische Untersuchung der Nabelschnur ergab, daß die Zuziehung des Knotens allmählich erfolgt sein muß, da erst die Arterie und dann erst die Vene undurchgängig geworden sein muß. Es scheint, daß dieses unglückliche Ereignis durch Aufhängung der Nabelschnur an den unteren Extremitäten der Frucht entstanden ist; der Knoten ist dann durch die Bewegungen der Beine fest zugezogen worden. *Frankenstein* (Köln).

Bonnet-Laborderie, A.: Physométrie par putréfaction foetale. (Physometra durch Fäulnis der Frucht.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 3, S. 197—201. 1913.

Drei diesbezügliche Fälle, von denen der letzte in extenso beschrieben wird. 24jährige Primipara am 325. Tage der Gravidität. 10 Tage zuvor Blasensprung, Wehenbeginn vor 3 Tagen. Erst nach 3tägigen Wehen Muttermund vollständig, kein Geburtsfortschritt, Zangenversuch im Hause, Zange gleitet ab, Überführung ins Krankenhaus, ebenfalls vergeblicher Zangenversuch, dann leichte Cephalotrypsie und Extraktion. Es handelte sich um einen großen, macerierten Hydrocephalus, dessen Kopf nach dem Absterben der Frucht die Gestalt eines Zuckerhutes angenommen hatte, so daß die Zangenextraktion vergeblich war. Der große Kopf hatte den Uterus vollkommen abgeschlossen und so zur Physometrabildung geführt. Der Wochenbettsverlauf war abgesehen von anfänglichen Fiebersteigerungen und putridem Wochenfluß normal; Pat. wurde nach 8 Tagen entlassen. *Frankenstein* (Köln).

Kosmak, George W., A case of placenta previa treated by cesarean section. (Ein Fall von Placenta praevia mit Kaiserschnitt behandelt.) (Soc. of the alumni of the Sloane hosp. f. women, meet. 24. I. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **67,** Nr. 5, S. 999—1001. 1913.

Bei der Patientin war im 5. Monat der Schwangerschaft eine leichte vaginale Blutung aufgetreten. Im 9. Monate neuerliche Blutung; kein Shock; die Cervix war für $1^1/_2$ Finger durchgängig. Sofortige Sectio caesarea; lebendes Kind; glatter Verlauf. Der Autor empfiehlt den Kaiserschnitt zur Rettung des Kindes. *Hofstätter* (Wien).

Spaeth, F.: Kaiserschnitt bei vorzeitiger Lösung der regelrecht sitzenden Nachgeburt. (*Krankenh. Ebenezer, Hamburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 33, S. 1596—1598. 1913.

Ätiologisch kommen für die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta teils mechanische Schäden teils degenerative nekrotisierende Prozesse der Decidua und Placenta in Frage. Die Diagnose gründet sich in erster Linie auf die Erscheinungen der inneren Blutung. Die Menge des nach außen sich ergießenden Blutes steht in keinem Verhältnis zum Grade der vorhandenen Anämie. Darin liegt zugleich das Hauptunterscheidungsmerkmal von der Placenta praevia, die außerdem noch durch die innere Untersuchung ausgeschaltet werden muß. Diagnostisch sind ferner zu beachten: zunehmende Spannung und Größe des Uterus, ausgesprochene Schmerzhaftigkeit, schließlich Unmöglichkeit, Herztöne zu hören und durch äußere Handgriffe die Kindslage festzustellen. Die Mortalität der Kinder beträgt durchschnittlich 80 bis 90%. Für eine erfolgreiche Behandlung ist eine möglichst rasche Entbindung unbedingt nötig. Da diese auf vaginalem Wege oft nicht rasch genug durchgeführt werden kann, fordert Verf. vor allem auch zur Rettung des gefährdeten Kindes den klassischen Kaiserschnitt. Zwei so behandelte und glücklich verlaufene Fälle werden

für die Richtigkeit dieser Forderung angeführt, der klassische Kaiserschnitt bietet außerdem im Falle einer eintretenden schweren Atonie die Möglichkeit zu einer völligen oder teilweisen Abtragung des Uterus. Die vaginale Entbindung kommt nur bei erweitertem Muttermund in Frage. *Borell* (Düsseldorf).

Williams, Charles E.: Rupture of the perineum. (Dammriß.) Austral. med. gaz. Bd. 34, Nr. 445, S. 74—76. 1913.

Zu Beginn der zweiten Geburtsperiode, wenn der Kopf anfängt, bei jeder Wehe auf die Dammuskulatur zu drücken, tritt zuerst jedesmal eine reaktive Kontraktion dieser Muskulatur auf. Mit der Zeit läßt diese aber nach, da die Muskulatur ermüdet und erlahmt. Von diesem Moment an wird bei jeder Wehe der Beckenboden gedehnt. Hauptursache der Ruptur ist zu schnelles Austreten des Kindes. Auch wenn alles ungestört vor sich geht, gibt Verf. beim Durchschneiden des Kopfes einige Tropfen Chloroform. Zurückhalten des Kopfes bei einer starken Wehe durch Druck von außen erhöht die Gefahr des Dammrisses. Die hintere Schulter soll zuerst austreten. Verf. glaubt, daß auch ohne oberflächlich sichtbare Zerreißungen des Dammes und der Scheidenschleimhaut Rupturen der Muskulatur des Beckenbodens entstehen können. Solche Frauen sind dann später besonders zu Prolaps und Lageveränderungen des Uterus prädisponiert. *Lamers* (Amsterdam).

Steenhuis, T. S.: Spontane Uterusruptur während der Geburt. (*Patholog.-anatom. Institut., Groningen.*) Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Tweede helft Nr. 6, S. 390—396. 1913. (Holländ.)

31jährige Multipara. Erste Geburt spontan, Kind asphyktisch. Zweite Geburt, Wendung und Extraktion wegen Nabelschnurvorfall. Dritte Geburt Forceps, totes Kind. Vierte Geburt (in der Groninger Klinik) Wendung und Extraktion bei Querlage. Riß von $1^1/_2$ cm im hinteren Scheidengewölbe, mit Tamponade geheilt. Fünfte Geburt, nach 9tägigen Wehen in die Groninger Klinik gebracht. Bei Aufnahme Allgemeinzustand gut, Abdomen stark gedehnt. Diagnose: Tympania uteri; totes Kind. Wendung und Extraktion, wobei Embryotomie nötig wurde. Folgender Tag Exitus. Die Sektion ergab: allgemeine Peritonitis. Uterus in Nabelhöhe nach rechts und stark nach vorn geknickt. Dünndarm durch verklebtes Omentum von der übrigen Bauchhöhle abgeschlossen. Etwa 1 cm unterhalb des Ostium internum querverlaufender Riß, der sich ins Parametrium bis zur Tubeninsertion fortsetzt, wodurch die linken Adnexe beinahe total von dem Uterus abgerissen sind. Der obere Rißrand ist nach oben umgeschlagen und mit dem Uterusfundus verwachsen. Innerhalb dieser Verklebung ist das Peritoneum glatt. Verf. schließt daraus, daß die Ruptur schon früher stattgefunden hat, und zwar spontan, weil bei Patientin in den Tagen vor ihrer Überführung in die Klinik kein Eingriff vorgenommen wurde. *C. H. Stratz.*

Stephan, Siegfried: Intraperitonealer Verblutungstod sub partu aus einem Varixknoten an der Uteruskante. (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Gynaekol. Rundschau Jg. 7, H. 18, S. 657—660. 1913.

Verf. berichtet über einen Fall von obengenannter Komplikation, der 12 Stunden nach dem ersten Ohnmachtsanfall in die Klinik gebracht wurde. Da differential-diagnostisch die vorzeitige Lösung der Placenta in Betracht kam, so wurde zunächst durch Sectio caesarea vaginalis der Uterus entleert, und dann erst die Laparotomie ausgeführt. Leider war die Anämie schon so hochgradig, daß $^1/_2$ Stunde post operationem der Exitus eintrat.

Auf Grund seiner Beobachtungen empfiehlt S. in ähnlichen Fällen bei halbwegs sicher geklärter Diagnose die möglichst frühzeitige Probelaparotomie. *Ebeler* (Köln).

Rothrock, J. L.: How shall we treat puerperal eclampsia? (Wie sollen wir die Schwangerschaftseklampsie behandeln.) Saint Paul med. journal Bd. 15, Nr. 9, S. 444—456. 1913.

Kurze Aufzählung der seit Hippokrates, entsprechend der jeweiligen pathogenetischen Auffassung der Eklampsie empfohlenen Behandlungsmethoden der Eklampsie, wobei wir mit der modernen Aderlaßbehandlung wieder auf die älteste schon von Hippokrates und Galen empfohlene Therapie zurückgekehrt sind. In der an den Vortrag sich anschließenden Diskussion wurden über interessante experimentelle Untersuchungen der experimentellen Station der Kentucky Agriculturanstalt bei der klinisch der Eklampsie ähnlichen, akuten Gebärparese der Kühe berichtet, einer vielleicht von den Milchdrüsen ausgehenden akuten Autointoxikation. Während intraperitoneale Injektion von frischer Milch und Urin von gesunden Kühen keine ernste Störungen bei Meerschweinchen hervorrief, Kolostrum gesunder Kühe nur Durchfälle erzeugte, wirkten die gleichen Injektionen mit Kolostrum und Urin von Kühen mit „Gebär-

parese“ toxisch und riefen in Leber, Nieren und anderen Organen pathologische Prozesse hervor, die den bei der Eklampsie auftretenden sehr ähnlich sind. Während die Mortalität an Gebärparese früher 80—85% betrug, ist dieselbe jetzt (Injektionen von Jodkali-Luft und besonders O in Euter) auf 5—10% zurückgegangen. *Vaßmer* (Hannover).

Rouvier, I.: Formules simplifiées pour la version podalique, par manoeuvres internes, dans les présentations de l'ovoïde céphalique. (Vereinfachte Formeln für die Wendung auf die Füße, durch innere Handgriffe, bei vorliegendem Kopfe.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 2, S. 46 bis 48. 1913.

Für jede innere Wendung bei Schädellage sind 4 Grundbegriffe nötig, um die Operation auszuführen: die Orientierung am kindlichen Schädel, die räumliche Beziehung des Operateurs zur Kreißenden, die Einführung der richtigen Hand, das Ergreifen des richtigen Fußes. Rouvier hat seinerzeit für die Wendung aus Querlage zwei Formeln aufgestellt: Kindlicher Steiß rechts, Operateur rechts von der Kreißenden, Einführung der rechten Hand, Erfassen des rechten Fußes; und kindlicher Steiß links, alles wie in der gleichen Formel, nur immer links statt rechts zu setzen. Indem er nun diese Formeln auf die Kopflagen anwendet, kommt er zu folgenden zwei Formeln, welche alles Wesentliche für die innere Wendung auf die Füße enthalten. Hinterhaupt rechts, Operateur rechts von der Kreißenden, Einführung der rechten Hand, Ergreifen des linken Fußes; und Hinterhaupt links, Operateur links von der Kreißenden, Einführung der linken Hand, Ergreifen des rechten Fußes. *Frankenstein* (Köln).

Zangemeister: Über die Wendung. (Ärztl. Verein, Marburg, Sitzg. v. 24. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 34, S. 1913. 1913.

Fortbildungsvortrag.

Neuwirth, Karl: Über den Forceps intrauterinus, die Anwendung der geburtshilflichen Zange innerhalb der Gebärmutter bei nicht verstrichenem Muttermunde. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 37, S. 1353—1358. 1913.

Auf Grund von 3 Fällen der eigenen Praxis empfiehlt der Verf. die von allen Seiten endgültig abgelehnte Anlegung der hohen Zange bei noch nicht eröffnetem ca. fünfkronenstückgroßem Muttermund und gleichzeitiger Hysteuryse mit der Zange im Sinne der intrauterinen Kolpeuryse. *Hieß* (Wien).

Peterson, Reuben: The indications for abdominal caesarean section. (Indikationen zur Sectio caesarea abdominalis.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 2, S. 198—203. 1913.

Unter genauer Mitteilung von sechs einschlägigen Fällen erörtert Verf. die Indikationen für den klassischen Kaiserschnitt. Als solche gelten ihm Beckenverengerungen, die Komplikation der Schwangerschaft durch Myom, ovarielle Tumoren, Verengerungen des Cervicalkanales und der Scheide, vorausgegangene Ventrifixationen des Uterus, abnorme Größe des Kindes, ferner Blutungen aus dem Uterus (Placenta praevia); ebenso konstitutionelle Krisen, wie z. B. die Eklampsie. Sind beim engen Becken die Verhältnisse für eine Sectio caesarea nicht günstig, so hält Verf. auch die Kraniotomie des lebenden Kindes für berechtigt.

Petersohn sammelte 425 Fälle von Eklampsie, die mit dem abdominalen Kaiserschnitt behandelt worden waren. Seine Statistik umfaßt publizierte und auch nicht publizierte Fälle von 100 Autoren. Vor der aseptischen Aera betrug die Gesamtmortalität der Mütter 36,9%; seit 1900 nur mehr 31,8%. Sicher starb aber ein großer Teil dieser Frauen an der Eklampsie und nicht am Kaiserschnitt. Von 245 Fällen, bei denen kein Anhaltspunkt für bestehende Sepsis vorlag, war die Gesamtmortalität nur 24%. In 317 Fällen (nach dem Jahre 1900) betrug die kindliche Mortalität 5,5%; in der letzten Zeit wurden Serien mit nur 3,7% kindlicher Mortalität erreicht. *Hofstätter* (Wien).

Peterson, Reuben: The indications for abdominal cesarean section. (Die Indikationen für die abdominale Sectio caesarea.) Physician a. surg. Bd. **35**, Nr. 3, S. 109—117. 1913.

Die Indikationen des Verf. decken sich im allgemeinen mit den bei uns üblichen, nur empfiehlt Verf. für die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta eher den abdominalen Weg und will hier, wie auch beim abdominalen Kaiserschnitt bei

Placenta praevia und enger Cervix alter Erstgebärenden jedesmal die Totalexstirpation des Uterus folgen lassen, um einer Sepsis vorzubeugen.

Zum Schlusse berichtet Verf. über 425 Fälle (von verschiedensten Operateuren) von abdominaler Sectio caesarea wegen Eklampsie. Die Totalmortalität der Mutter betrug $36^9/_{10}\%$, für 317 seit 1900 operierte Fälle $31^8/_{10}\%$. In 245 Fällen dieser Statistik, in denen vor der Operation keine Sepsis oder wenig Chancen dafür bestand, war die mütterliche Mortalität 25%, während in 50 Fällen, in denen operative Entbindungsversuche dem Kaiserschnitt vorausgingen, die Mortalität 48% betrug, wie Verf. angibt, durch die begleitende Sepsis bedingt. Die kindliche Mortalität betrug in 317 seit 1900 operierten Fällen $5^1/_2\%$ und sank in 132 Fällen, in denen zwischen 1. und 5. Krampfanfall operiert wurde, auf $3^7/_{10}\%$. *Vaßmer.*

Wochenbett:

Briz, H.: Anaphylaxie beim Stillen? (*Real acad. de med., Madrid,* 5. 4. 1913.) Progresos de la chinica, Jg. **1**, Nr. 4, S. 155. 1913. (Spanisch.)

Verf. hat im Madrider Findelhaus einige Säuglinge mit Symptomen von Anaphylaxie beobachtet, welche er folgendermaßen zu erklären versucht: Die Säuglinge waren erst von ihren Müttern gestillt worden, hatten dann Tiermilch bekommen und als sie schließlich neuerdings Ammenmilch erhielten, reagierten sie darauf mit den als anaphylaktisch zu deutenden Erscheinungen. *Schmid* (Prag).

Ilkewitsch, W. J.: Über die Behandlung der Puerperalsepsis durch intravenöse Injektionen von Aqua destillata. (*Städt. Krankenh. f. Puerperalerkrank., Moskau.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 38, S. 1399—1401. 1913.

Diese Therapie entwickelte sich aus der Methode von Joseph Hume (Baltimor), welcher den Kranken 500 ccm 1‰ Arg. nitr. Lösung in Aqua dest. intravenös injiziert und davon bei schwerer Sepsis wunderbare Erfolge sah. Ilkewitsch, der die Methode an 138 Fällen von Puerperalfieber erprobte, verdünnte die Lösung und ging schließlich zur Injektion von reinem Aqua destillata über. 8 ccm pro Kilo Körpergewicht. Er beobachtete danach zunächst regelmäßig einen Schüttelfrost und hohe Temperatur. verbunden mit Ansteigen der Erythrocytenzahl. Er sah danach eine Erleichterung auch in den schwersten Fällen und behandelte auf diese Weise 206 Fälle. Bei 62 Patienten mit schwerster Septicopyämie erlebte er 42 Heilungen. Ist der Hämoglobingehalt auf 50% reduziert und die Zahl der Erythrocyten unter 2 750 000 und nimmt dieselbe nach der Injektion nicht mehr zu, so ist die Prognose infaust. *Hüffell.*

Somma, E.: Contributo sul metodo Fochier nella infezione puerperale. (Beitrag zur Methode Fochier bei Puerperalfieber.) Arch. ital. di ginecol. Bd. **16**, Nr. 8, S. 193—195. 1913.

Eine IIIpara erkrankte nach einer normalen Geburt am 3. Tag unter Schüttelfrost an Puerperalfieber. Therapeutisch wurden intrauterine Spülungen mit sterilem Jodwasser gemacht, Ausreibung der Uterushöhle mit Jodtinktur und Tamponade mit jodgetränkter Gaze. Außerdem erfolgten Injektionen von Antistreptokokkenserum, von Elektrargol und subcutanen Infusionen. Da der Zustand durch 7 Tage gleich schwer blieb, das Bewußtsein auch zeitweise getrübt war, entschloß man sich zu 2 Injektionen von je 1 g Terpentinöl in die Bauchhaut; es folgte eine Lokalreaktion, und am 4. Tage fiel das Fieber kritisch.

Diesen Injektionen wird die Heilung zugeschrieben; die Frage, wie sie wirkten, läßt Verf. offen. Der Eiter der beiden Abscesse war steril. *Berberich* (Karlsruhe).

Brugnatelli, Ernst: Puerperalfieber durch einen Bacillus aus der Gruppe „hämorrhagische Septicämie“ (Pasteurella). (*Inst. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Univ. Pavia.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Orig. Bd. **70**, H. 7, S. 337—345. 1913.

Mitteilung eines Falles von puerperaler Infektion, der mit Schüttelfrost und hohen Temperaturen beginnend, in 2 Monaten in vollständige Genesung überging. Der aus dem Blut in Reinkultur gezüchtete Bacillus war gramnegativ, etwas plump, eiförmig, fast wie ein Kokkusbacillus, und lag in der Längsrichtung oft zu 2 oder 3 vereint. Brugnatelli reiht ihn in die Gruppe des Bacillus bipolaris septicus (Flügge) ein. Er hat viel Ähnlichkeit mit einem von Lorey beschriebenen Bacillus und dem von Fraenkel und Pielsticker als Bacterium anthroposepticum bezeichneten. *Goldschmidt* (Hannover).

Foetus und Neugeborenes:

Moussous, André, et Eugène Leuret: Les sevrages anormaux. (Die anormale Entwöhnung des Säuglings.) Prov. méd. Jg. **26**, Nr. 35, S. 381—385. 1913.

Störungen im Stillen können nach zwei Richtungen liegen; die Entwöhnung kann zu

vorzeitig oder zu plötzlich erzwungen sein. Nur selten liegen die Gründe hierfür beim Säugling, wenn z. B. durch eine zu spät erkannte hereditäre Syphilis die Ansteckung der gesunden Amme vermieden werden muß. Gewöhnlich indessen bestimmt ein Unfall, eine akute Erkrankung der Nährenden das plötzliche Aufhören des Stillens, und diese Änderung bringt mancherlei Schwierigkeiten mit sich. Die Kinder verweigern die Tiermilch, oder die Form der Flaschenernährung widersteht ihnen; dann muß man auf allerlei kleine Mittelchen zurückgreifen: warten, bis der Hunger und Durst des Säuglings schon die äußersten Grenzen erreicht hat, man muß Korrigentien versuchen (Zusatz von Orangeblütenwasser, Kakao usw.) oder einen günstigen Moment abpassen, wo das Kind übermüdet und schlaftrunken nach der neuen Nahrung zugreift. Dieses plötzliche Absetzen gibt gelegentlich auch dann noch Schwierigkeiten, wenn die Mutterbrust durch andere menschliche Milch ersetzt wird. Wenn in diesem Zwischenspiel nur das Gewicht heruntergeht, gewisse Verdauungsstörungen auftreten, dann ist es immerhin noch günstig; bedenklicher ist das Auftreten von Erbrechen, Diarrhöen, genug die Gastroenteritis in irgendeiner Form. Hier hilft die Darreichung von häufigen, aber kleinen Portionen, der Gebrauch von Eselsmilch, Zusatz von Verdauungsfermenten (Pepsin, Papain, Labferment). In ebenso unangenehmer Weise rächt sich das plötzliche Aufhören der Brustreichung bei den Stillenden selbst. Unter diesen Umständen wäre es sehr erwünscht, wenn der Arzt bestimmte Regeln hätte, bei denen die plötzliche Entwöhnung geboten ist. Man weiß heutzutage, daß die Unfähigkeit der Mutter zu stillen, nicht allzu häufig ist und ebenso, daß das allmähliche Schwinden der Nahrung, die Hypogalaktie, nicht sowohl auf mangelnder Funktionsfähigkeit der Brustdrüsen, als auf andern, abstellbaren Faktoren beruht. Mitunter essen die Stillenden zu viel, mitunter zu wenig; viele lassen es an geeigneter Bewegung fehlen, anderen mangelt durch Überanstrengung die Ruhe; Sorgen und die andern Anforderungen des täglichen Lebens, auch des Vergnügens verhindern eine rationelle, ruhige Lebensweise und besonders das vorzeitige Nachhelfen mit künstlicher Nahrung stört die Mammafunktion ganz beträchtlich. Darum soll der Arzt das „allaitement mixte“ nur gestatten, wenn die Brustmilch für das Kind durch genaue Wägungen als unzureichend erwiesen ist und es sich nicht etwa um eine vorübergehende Senkung der Wachstumskurve handelt. Bei Arbeiterinnen, die außerhalb des Hauses arbeiten, sollte durch zweckmäßige Einrichtungen die Möglichkeit gegeben sein, das Kind auch am Tage in geeigneten Räumen neben der Fabrik, der Werkstatt usw. unterzubringen, damit die Mutter das Kind in regelmäßigen Intervallen nähren und so die normale Brustdrüsenfunktion erhalten kann. Von krankhaften Zuständen sollen „wunde“ Warzen, Schrunden, Ekzeme das Stillgeschäft nicht unterbrechen. Bei Entzündungen der Milchgänge, bei denen oft Eiter der Milch beigemischt ist, kann man nach dem Vorgange Maygriers die Brust vor dem Anlegen ausdrücken; die darnach folgende Milch sei aseptisch und dem Kinde bekömmlich, eventuell soll man nur die gesunde Brust weiter benutzen, die kranke durch die Saugpumpe entleeren. Bei Abscessen in der Tiefe der Brust solle man nach mehr minder langer Pause, nach Heilung immer wieder anzulegen versuchen. Galaktorrhöe, den die Franzosen Diabète mammaire nennen, erschöpft die Amme zu sehr und ist auch für das Kind schädlich; dabei muß Entwöhnung verordnet werden. Treten bei einer Frau im Wochenbett Fieberbewegungen ein, so muß man unterscheiden: handelt es sich um lokalisierte Prozesse, so wird das Anlegen an die Mutter fortgesetzt; bei Allgemeininfektion hingegen, bei Septicämie und Pyämie, wird das Kind abgesetzt. Es ist ja richtig, daß im allgemeinen die Mamma, wenn ihre Epithelien selbst gesund bleiben, als sicherer Filter die Infektionsträger nicht durchläßt; indessen sind die bakteriologischen Befunde bei den verschiedenen Infektionskrankheiten kontradictorisch und auch die klinische Beobachtung zeigt, daß die Bakterien gelegentlich doch auf den Säugling übertragen werden können. Man soll aber übrigens, selbst wenn einige Wochen verstrichen sind, nach eventuellem Ablauf der Infektionskrankheit doch noch einen Versuch machen, durch Neuanlegen des Kindes die Drüsenfunktion der Mamma wieder in Gang zu bringen, da Fälle bekannt sind, wo noch nach 3—4 Monaten ein solches Experiment glückte. Bei Pyelonephritis der Mutter soll das Kind nicht abgesetzt werden, ebensowenig bei den Infektionskrankheiten von kurzer Dauer, wie Angina, Influenza, Windpocken, Masern. Bei Scharlach der Mutter behalte das Kind die Brustnahrung, indessen muß auf sonstiges möglichstes Isolieren des Kindes geachtet werden; man bringe während des Saugaktes Gaze zwischen Kind und Mutter. Auch Erisypel und Diphtherie verlangt nicht die Entwöhnung. Der katarrhalische Ikterus, selbst wenn dabei die Milch gelb ist und voller Bilirubin, störe das Weiterstillen nicht. Hingegen soll man bei Pneumonie, beim Typhus der Mutter trotz mancher gegenseitiger Versuche lieber entwöhnen, ebenso beim Typhus exanthematicus, beim gelben Fieber, bei der Cholera. Auch beim chronischen Gelenkrheumatismus gebietet die Rücksicht auf die Mutter das Absetzen des Kindes, und auch bei Malaria ist das weitere Anlegen des Säuglings nicht ohne Gefahr für beide Teile. Im Falle von hereditärer Syphilis kommt nur die Mutter als Amme in Betracht. Wird die Person, welche nährt, syphilitisch infiziert, so muß man sofort das Kind von ihr nehmen; ein gleiches empfiehlt sich für ein Kind, das von syphilitischen Erscheinungen frei und bei dem Wassermanns Reaktion negativ ist, und das von der Mutter genährt wird, die nach dem fünften Monat der Schwangerschaft infiziert wurde. Neben diesen allgemeinen Infektionskrankheiten können häufig rezidivierende Gallenblasenentzündungen die Entwöhnung er-

fordern. Bei Nephritis muß man sehr aufpassen, ob nicht das Kind durch die Brustnahrung leidet und ob nicht urämische Störungen bei der Mutter durch das Stillen gefördert werden. Bei medikamentösen Intoxikationen muß das Kind, wenn die Amme eine länger fortgesetzte Arsen- oder Opiumkur gebraucht, entwöhnt werden; bei gelegentlicher Darreichung von Morphin soll das Kind an dem betreffenden Tage die Brust nicht erhalten. Eine neu eingetretene Schwangerschaft fordert an sich keine Unterbrechung des Stillgeschäfts, ebensowenig das Auftreten der Periode bei der Amme. Über die übliche Zeit hinaus die Kinder mit der Muttermilch zu nähren, empfiehlt sich, wenn der Säugling schwach entwickelt ist, besonders wenn es sich um Frühgeburt handelt, dann wenn das Kind gerade eine Infektionskrankheit (Grippe, Keuchhusten usw.) übersteht oder überstanden hat und auch bei großen Hitzen. *Landau.*

Hirsch, Georg: Die Gründe des Nichtstillens und die Frage der Stillfähigkeit. (*Univ.-Poliklin. f. Frauenleid., München.*) Frauenarzt Jg. **28,** H. 9, S. 386—398. 1913.

Anamnestische Aufzeichnungen über 300 Frauen aus Arbeiterkreisen Münchens mit 1207 Kindern, von welchen 772 gar nicht oder nur sehr kurze Zeit gestillt worden waren. Die von den Müttern angegebenen Gründe scheinen in 4,5% berechtigt (Abraten durch den Arzt, schwere Erkrankungen), bedingt berechtigt in 11,7%; alle anderen Gründe, 83,8%, sind nicht zureichend. Die absolute Stillungsfähigkeit ist also in München nicht groß; aber 53,8% aller Kinder sind ohne genügenden Grund nicht gestillt.

Der Satz v. Bunges von der zunehmenden Stillunfähigkeit ist nicht am Platze; eher darf man von zunehmender Unlust zum Stillen sprechen. Hirsch schlägt als Ergänzung der von Hagenbach - Burckhardt aufgestellten Postulate vor, jeder Mutter von Staatswegen eine Schrift zu geben, in welcher sie auf die Bedeutung des Stillens aufmerksam gemacht wird. *Kermauner* (Wien).

Moussous, André, et Eugène Leuret: Le sevrage normal. (Die normale Entwöhnung.) Prov. méd. Jg. **26,** Nr. 32, S. 351—355. 1913.

Die Arbeit bringt keine neuen Gesichtspunkte. Die Verff. plädieren für eine ganz allmähliche, vorsichtige Entwöhnung des Kindes von der Mutterbrust. Die Entwöhnung soll in der Regel nicht vor dem 8. Monat beginnen und im 12.—15. Monat beendigt sein. In einem weiteren Abschnitt wird der Calorienbedarf des Säuglings eingehend gewürdigt. Im Anschluß daran wird der Caloriengehalt der verschiedenen Milcharten sowie der für den Säugling in Betracht kommenden Kohlenhydrate und Vegetabilien besprochen. Der letzte Abschnitt enthält ausführliche Angaben über die Technik der Entwöhnung. Bemerkenswert dabei ist, daß Kartoffelpüree sowie das Ganze eines Eies (vorher wird nur das Eigelb verabreicht) nicht vor dem 14.—15. Monat gegeben werden soll. Von Fleisch ist überhaupt nicht die Rede. *Heller* (Straßburg i. E.).[K]

Kraft, H.: Die Entwicklung des Drehreflexes am Neugeborenen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 201—210. 1913.

Verf. hat seine früher an der Freundschen Klinik gemachten Beobachtungen über den Drehreflex der Neugeborenen kürzlich an der Kgl. Frauenklinik zu Dresden nachprüfen können (47 Fälle). Der Reflex tritt ein — und zwar stets nach der entgegengesetzten Seite —, wenn der Beobachter den kindlichen Körper in senkrechter Stellung vor sich hinhält und dann eine kurze militärische Wendung ausführt. Erfolgt also die Wendung nach rechts, so drehen sich Kopf und Augen des Kindes, gleichviel ob es mit dem Gesicht zentrifugal oder zentripetal zum Drehpunkt eingestellt ist, nach links. Bei manchen Neugeborenen kehren nun nach dem Halt Kopf und Augen langsam in die Normalstellung zurück, während bei anderen noch eine Gegenbewegung erfolgt: Kopf und Augen, zuweilen letztere allein, gehen über die Normalstellung hinaus in die entgegengesetzte Richtung (Kopfnachreaktion und Augennachreaktion); sodann allmählige Rückkehr zur Normalstellung. Die Auslösung des Reflexes, die unabhängig vom Wach- oder Schlafzustande erfolgt, geschieht wahrscheinlich durch Vermittlung der Bogengänge. *Holste* (Stettin).

Grósz, Emil v., Obligatorische Prophylaxe gegen die Augeneiterung der Neugeborenen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Jg. **51,** H. (5), S. 695—696. 1913.

Ein neuer ungarischer Ministerialerlaß macht sämtlichen Hebammen zur Pflicht, jedem Neugeborenen sofort nach der Geburt nach vorheriger Reinigung der Augen mit Wasser, Watte und Gaze je einen Tropfen einer 1 proz. Arg.-acetic.-Lösung in die

Augen zu träufeln. Die Arg.-Lösung ist nebst einem Augentropfenröhrchen in der Hebammentasche stets mitzuführen. *Borell* (Düsseldorf).

Kraus: Verletzungen des kindlichen Auges während der Geburt. (Nürnberger med. Ges. u. Poliklin., Sitzg. v. 8. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1972. 1913.

1. Fall: Zange. Am Tage nach der Geburt kleine blutig-suggilierte Stellen in der Umgebung des Auges. In der Bindehaut des Auges keine Blutung; in der Cornea etwas nach innen von der Mitte annähernd senkrechte, ca. 3 mm lange, schmale, strichförmige Hornhauttrübung. Diagnose: Zerreißung der Membrana Descemetii. Die Trübung ging allmählich bis auf einen feinen Streifen zurück (Narbe der descemetischen Membran). — 2. Fall: Avulsio bulbi. Nach Austritt des Kopfes sah der Geburtshelfer, daß der Augapfel außerhalb der Lider hing; er reponierte ihn und legte Verband an. Bei Abnahme desselben am nächsten Tage lag der Augapfel wieder vor. Die Übergangsfalte war vollkommen zerrissen, auch mehrere Augenmuskeln. Cornea leicht getrübt, oberflächliche Epitheldefekte. In der Conjunctiva bulbi keine Blutungen. Enucleatio bulbi. Es hatte sich um eine Zangengeburt bei einer 2 para mit engem Becken gehandelt. *Runge* (Berlin).

David, Charles: Phlébite double des membres inférieurs chez un nouveau-né consécutive à une infection d'origine ombilicale. (Doppelseitige Phlebitis der unteren Extremität bei einem Neugeborenen nach einer Nabelinfektion.) Arch. de méd. des enf. Bd. **16**, Nr. 8, S. 615—616. 1913.

Fall eines Neugeborenen, Geburtsgewicht 3700. Flaschenernährung. Nach 17 Tagen Verdauungsstörungen, Erbrechen, Diarrhöen, Abmagerung, Intertrigo analis, Temperatur 39°. Der Nabel war gerötet, in der Mitte eine demarkierende Eiterung. Desinfektion mit Jodtinktur, aseptischer Verband. Nach 28 Tagen Ödem des rechten Fußes, dann des Beines, des Oberschenkels, Abheilung der Nabelinfektion. Die ganze rechte untere Extremität hatte das Volumen verdoppelt. Ödem der Bauchdecken, die periumbilicalen Venen dilatiert. Jetzt wurde diagnostiziert: Phlebitis nach Nabelinfektion. An den folgenden Tagen Übergang des Ödems auf die linke Extremität. Nach 14 Tagen Abschwellung. 6 mal am Tage generalisierte tonische, einige Minuten dauernde Krämpfe; als Therapie 3 mal am Tage Bäder von 38° 10 Minuten lang. 2 Monate später trat ein großer Absceß der rechten Lumbalgegend auf, der sich auf das rechte Gesäß ausdehnte, dann auf den rechten Oberschenkel. Ein vierter zeigte sich in der rechten Inguinalgegend. Bei Öffnung große Menge Eiter. Bakteriologischer Befund fehlt. Exitus in Kachexie. Kein Sektionsbefund. Verf. stellt die Diagnose: Septicämie mit Ursprung vom Nabel, Lymphangitis suppurativa der Periumbilicalvenen, Fortschreiten auf die Nabelvene und Vena cava, doppelseitige Phlegmasia alba dolens. Aufschießen multipler Abscesse. Die Lokalisation auf die untere Extremität ist selten beim Neugeborenen. Interessant ist der langsame Verlauf, langsam wie meist bei der Nabelinfektion (Fälle von Durante und Audion). Ein großes Augenmerk will Verf. der Prophylaxe dieser Fälle zugewendet wissen: rigorose Asepsis der Nabelschnurligatur, Verbot des Bades vor dem Nabelabfall. Häufiges aseptisches Verbinden des Nabels. Verf. macht energisch Front gegen die Nabelpulver, wie sie von der Industrie in den Handel gebracht werden; der beste Nabelverband ist nach Abspülung mit Alkohol eine einfache Kompresse von steriler Gaze. *Heydolph* (Charlottenburg).[K]

Breathwit, William: The optic hazard in obstetric practice. (Gefährdung der kindlichen Augen unter der Geburt.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. **10**, Nr. 3, S. 78—80. 1913.

Der Aufsatz behandelt hauptsächlich die Blenorrhoea neonatorum, wie sie im Süden der Vereinigten Staaten auftritt und dort ca. 65% der späteren Blindheit verursacht. Nach Verf. Ansicht sind die cornealen Veränderungen außer der Kokkeneinwirkung zum großen Teile als Drucknekrose seitens der entzündlich verdickten Augenlider aufzufassen. Es ist demgemäß eine chirurgische Behandlung (Schlitzung des Canthus externus und Stichelung des chemosierten Cornealrandes) mit den üblichen antiseptischen, vorzugsweise organischen Silberpräparaten besonders im späteren Alter zu verbinden. *Laubenburg* (Remscheid).

Epstein, Alois: Über Variola bei Neugeborenen. (*Dtsch. Univ.-Kinderklin. an d. Landesfindelanst., Prag.*) Arch. f. Kinderheilk. Bd. **60—61,** Festschr. f. Adolf Baginsky, S. 289—313. 1913.

Neugeborenes Kind, von der Mutter infiziert, geht nach 8tägigem Kranksein an Variola zugrunde. Die Mutter stirbt bereits 2 Tage früher. Die am 3. Lebenstage beim Kinde vorgenommene Impfung hatte keine Wirkung, ebensowenig wie das von Finsen empfohlene Rotlicht das Leiden irgendwie beeinflussen konnte. Die Temperaturkurve zeigte, wie beim Erwachsenen, die bekannten zwei Zipfel, den raschen Anstieg (39,5) mit kleinen Morgenremissionen im Initialstadium, das Absinken bis zur Norm nach Beendigung der Eruption, sodann den neuerlichen Anstieg (39,4) mit dem Eintritt der Eiterung. Es fiel auf, daß die Pusteln flacher waren als bei Erwachsenen und größtenteils ungedellt.

In ätiologischer Hinsicht wird unter Berücksichtigung der Literatur erwähnt, daß in einzelnen Fällen, wo die Erkrankung bei Neugeborenen schon in den allerersten Tagen anfing, die Infektion unbedingt im Uterus stattgefunden haben muß. Meistens — so auch im vorliegenden Fall — begann die Blatterneruption erst zwischen dem 7. und 9. Tage, und dann besteht auch die Möglichkeit einer Kontaktinfektion. — Zum Schluß folgen Angaben über die anläßlich des Falles getroffenen prophylaktischen Maßnahmen. Verf. tritt der Ansicht bei, daß die früher allzu sehr betonte Luftinfektion keine wesentliche Rolle spielt. Die Vermeidung des Kontaktes mit dem Kranken, mit den ihn umgebenden Personen und Gegenständen ist das wichtigste in der Prophylaxis der Blattern. *Holste* (Stettin).

Mensi, Enrico: La reazione di Wassermann e il Salvarsan nella sifilide ereditaria. (Die Wassermannsche Reaktion und das Salvarsan bei Hereditärsyphilis.) (*Brefotrofio di Torino.*) Gaz. degli osp. e delle clin. Jg. **34,** Nr. 99, S. 1032—1034. 1913.

Verf. teilt auszugsweise einige Krankengeschichten mit von 6 Säuglingen mit verdächtigen Erscheinungen der Haut, Drüsen, Knochen usw., auch die Mutter zeigte in einem Fall syphilitische Symptome. Die Wassermannsche Reaktion war bei allen negativ, bei 5 wurde durch die Sektion nichts syphilitisches oder nur verdächtiges gefunden. 3 Säuglinge mit sicheren luetischen Veränderungen zeigten positive Wassermannsche Reaktion, sie wurden mit Salvarsan in Paraffinöl behandelt, einer starb. *Berberich* (Karlsruhe).

Aschenheim, Erich: Die Anwendung von Calcium lacticum bei Ernährungsstörungen von Säuglingen. (*Univ.-Kinderklin., Heidelberg u. städt. Säuglingsh. Dresden.*) Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **12,** Nr. 5, S. 229—232. 1913.

Als Ersatz der Eiweißmilch empfiehlt Aschenheim bei leichten alimentären Dyspepsien, bei Dekomposition mit Dyspepsie, bei infektiösen parenteralen Dyspepsien, bei Dyspepsie der Rachitiker Calcium lacticum, 7—10 g = 70—100 ccm einer 10proz. Lösung = 2,7 g CaO pro die (also viel größere Mengen als Stolte). Das Calcium lacticum wird zu zuckerarmer bzw. zuckerfreier Milchwasser- oder Milchhaferschleimmischung gegeben, die am ersten oder zweiten Tag mit 10—15 g Rahm angereichert wird. Bei guten Stühlen Steigerung der Milch- und Zuckermenge (Soxhlets Nährzucker) unter Beibehaltung des Calciums. Ein Hungertag wird nicht eingeschoben. Bei 61 klinischen Fällen niemals eine Schädigung, die Resultate günstig, nicht so gut wie bei Eiweißmilch, am besten bei den echten alimentären Dyspepsien. Weniger gute Resultate bei parenteraler Ernährungsstörung, jedoch meist auch günstige Beeinflussung des Stuhles. Bei den parenteralen Dyspepsien wirkt Calcium lacticum gut zur Eiweißmilch gegeben, wenn letztere allein versagt. Bei Rachitis werden die Stühle meist gut, der Kalk auch gegen die Rachitis wirksam. Bei Dyspepsie der Brustkinder Calcium lacticum meist ohne Wirkung. Calcium lacticum billig 100 g = 80 Pfennige. *Massini* (Basel).[K]

Moro: Kind mit Myotonia congenita. (Naturhist.-med. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 6. V. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 34, S. 1912. 1913.

Hebammenwesen und -unterricht:

● **Brennecke: Der Kampf um die Gesundung der geburtshilflichen Ordnung in einer Sammlung alter und neuer Beiträge beleuchtet.** Magdeburg: Lichtenberg & Bühling. 1913. VII, 360 S. M. 5.—.

Eine Auswahl von älteren und neueren Arbeiten des Verf., in denen er seine Vor-

schläge zu einer allgemeinen geburtshilflichen Reform niedergelegt hat. — In dem ersten, allein neuen, Aufsatz: „Das geburtshilfliche Reformprogramm und die Säuglingsfürsorgebewegung" bringt der Verf. eine kritische Beleuchtung der Entwicklungsgeschichte der modernen Säuglingsschutzbewegung, die seiner Meinung nach mit den geburtshilflichen Reformbestrebungen vielfach rivalisiert und sie stört, und behandelt dann eingehend die Schwächen unserer gegenwärtigen geburtshilflichen Ordnung, namentlich die Mißstände im Hebammenwesen. Er fordert gründlichere Vorbildung, gediegenere Ausbildung und Fortbildung der Hebammenschülerinnen und Hebammen, Anstellung der Hebammen als festbesoldete Beamtinnen, die im engen Zusammenhang mit einer auf neuen gesetzlichen Grundlagen zu organisierenden Wohlfahrtspflege und Vereinsfürsorge zu arbeiten haben. Der Kern, um den sich alles dies gruppieren soll, sind dem Verf. die möglichst zahlreich zu gründenden Wöchnerinnenasyle. Zum Schluß bespricht Brennecke einen jüngst veröffentlichten Gesetzentwurf zur Reform des Hebammenwesens von Springfeld, in dem seine Pläne zum Teil berücksichtigt sind. Die übrigen 15 Arbeiten (aus den Jahren 1884—1910) enthalten im ganzen gleiche oder ähnliche Gedanken, sie liefern ein treffliches Bild von dem Werdegang des B.schen Reformprogrammes und den vielen Kämpfen, die ihm bisher beschieden waren.

Mangold (Berlin).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Beck, S. C.: Beitrag zur Kenntnis der Epidermolysis. (*Bródysches Kinderspit., Budapest.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **213,** H. 2/3, S. 234 bis 244. 1913.

Unter obiger Bezeichnung versteht man eine hereditäre bzw. kongenitale Eigentümlichkeit der Haut, auf gewisse mechanische Reize mit Blasenbildung zu reagieren. Beck beschreibt folgenden Fall:

7 Jahre altes Mädchen, schon am 3.—4. Tag p. part. wurden an ihm Blasen bemerkt, die seither ständig auftraten und wieder verheilten. Befund: am ganzen Körper 1. stecknadelkopf- bis erbsengroße Bläschen ohne entzündliche Reaktion. 2. Haselnuß- bis apfelgroße Blasen, meist ohne entzündlichen Hof. 3. Bräunliche kronen- bis fünfkronengroße Borken. 4. Eitrige, schlaffe Blasen, von entzündlichem Hof umgeben. 5. Hirsekorn- bis fünfkronenstückgroße, unregelmäßig geformte, zart rote oder weiße Flecke, oft von pigmentiertem Hof umsäumt. Der Nagel des rechten kleinen Fingers war vor kurzem abgefallen, der neue verkümmert; alle Nägel der Zehen waren schon einige Male abgefallen. Sie sind stark verdickt, glanzlos, uneben, spröde. Das Gebiß schlecht. Die Patientin überstand während der Beobachtungszeit einen Scharlach, der ganz normal verlief; das Grundleiden wurde durch denselben nicht beeinflußt. Es handelt sich um die dystrophische Form der Erkrankung. Die mikroskopische Untersuchung ergab vor allem, daß die Blasen zwischen Epidermis und Papillarschicht lagen. Die Basis der Blasen bilden die in jeder Richtung vergrößerten ödematösen Papillen.

Die weiteren Befunde führen B. dazu, die primären Veränderungen der Epidermolysis bullosa congenita dystrophica im Gefäßsystem der Haut zu suchen. Er nimmt an, daß die Permeabilität der Gefäße eine Veränderung erlitten hat. Hierdurch wird ein ständiges Oedem der oberen Bindegewebsschichten hervorgerufen. Dieses wiederum vernichtet das elastische Gewebe, welches unter normalen Umständen eine wichtige Rolle im Zusammenhalten des Bindegewebes mit der Epidermis spielt, und so entsteht die Disposition zur Blasenbildung.

Heuck (Ludwigshafen).

Neurologie und Psychiatrie:

Bumke, Oswald: Gynaekologie und Psychiatrie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Freiburg i. B.*) Med. Klin. Jg. **9,** Nr. 30, S. 1194—1196. 1913.

Im Anschluß an die an die Bossischen Veröffentlichungen sich anschließende Polemik wendet sich Bumke neuerdings gegen diesen. Seinen Grundirrtum sieht Verf.

im Schlusse: post hoc, ergo propter hoc, aus dem Zusammentreffen von Genital- und psychischen Erkrankungen wird auf einen ursächlichen Zusammenhang geschlossen. Was ferner die angeblichen Heilerfolge angeht, so beruhen die bei hysterischen Patientinnen sicher auf Suggestion; bei den Dementia praecox-Kranken kennt aber jeder Psychiater sowohl Spontanheilungen als auch vorübergehende Besserungen im Anschluß an nebensächliche Einwirkungen; es ist sicher anzunehmen, daß Bossi solche Heilungen als Folgen seiner Behandlung ansieht. Gynaekologische Untersuchungen an Kranken der Freiburger psychiatrischen Klinik durch Krönig und Schneider ergaben ein fast negatives Resultat. Auch die Amenorrhöe der Geisteskranken, die ja nicht selten ist, hat mit gynaekologischen Erkrankungen nichts zu tun, sie ist lediglich ein Maßstab für die Schwere der Psychose. Daß Zusammenhänge zwischen Genitalleiden und Psychosen bestehen, ist natürlich möglich, indessen sind sie nicht so grober Natur, wie Bossi meint. Hier weiter zu forschen, hat Schickele die ersten Schritte getan. *Seige* (Partenkirchen).

Schockaert, R.: Psychopathies d'origine génitale. (Psychische Störungen genitalen Ursprungs.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 6, S. 373—388. 1913.

Schockaert hat sich bereits vor Bossi mit den Zusammenhängen zwischen Genitalleiden und Psychosen beschäftigt und drei Fälle veröffentlicht, die melancholische Zustandsbilder darboten, gleichzeitig an Retroflexio uteri litten und nach einem operativen Eingriffe („Alquier-Alexander und intraabdominelle Verkürzung der Ligamenta rotunda") sowohl geistig als körperlich geheilt wurden. Diesen Fällen fügt Verf. jetzt vier weitere hinzu; eine genauere psychiatrische Diagnose ist nicht gestellt, doch scheint es sich ebenfalls um Depressionszustände gehandelt zu haben. Auch sie wurden nach Alexander-Adams, bzw. Jodtinkturpinselungen geheilt, allerdings ging die Heilung langsam vonstatten. Sch. wendet sich dagegen, daß man ihm vorwerfe, zwei nebeneinanderstehende Tatsachen als Ursache und Wirkung aufzufassen: die Zusammenhänge seien zu eklatant. Auch Suggestion glaubt er ausschließen zu können. Die Zusammenhänge zwischen den beiden Krankheiten können entweder auf dem Blutwege oder vermittels des Sympathicus zustande kommen. Außerdem wäre noch an eine Störung der Drüsen mit innerer Sekretion oder endlich an einen allgemeinen körperlichen Erschöpfungszustand zu denken. Die beiden letzteren Ursachen schließt Sch. für seine Fälle von vornherein aus, auch waren die lokalen Störungen nicht so groß, um eine Autointoxikation als wahrscheinlich erscheinen zu lassen. So glaubt er, daß durch die Genitalleiden eine Störung des Sympathicus stattfinde, die dann das Zentralnervensystem beeinflusse. Verf. nimmt an, daß ähnliches auch bei anderen körperlichen Leiden (auch beim Manne) stattfinden könne. Was die Form der Psychosen angeht, so sah Sch. nur schwere Melancholien und akute Manien, während Bossi ja auch eine Menge anderer Psychosen auf der Basis von Frauenkrankheiten beobachtete.

Seige (Partenkirchen).

Carstens, J. H.: Nervous conditions and their relations to pelvic diseases. (Nervöse Störungen und ihre Beziehungen zu Krankheiten der Unterleibsorgane.) New York med. journal. Bd. 98, Nr. 9, S. 407—410. 1913.

Nur die exakteste Untersuchung des ganzen Körpers gibt uns oft den Schlüssel zur Genese der nervösen Erkrankungen; einseitige gynaekologische Betrachtung der Fälle und voreiliges Operieren ist oft von Übel. Carstens hat viele Geisteskranke gynaekologisch untersucht und, wenn nötig, auch operiert, kann sich indessen Bossis Behauptungen keineswegs anschließen. Er sah einige wenige Heilungen, indessen häufige Fehlschläge, sogar Verschlechterungen. Wichtig ist, bei nervösen Beschwerden die Sexualverhältnisse genau zu erforschen; hier darf der Arzt sich nicht durch „moralische" Bedenken zurückschrecken lassen. Alles in allem: Der Gynaekologe muß nicht nur auch ein guter Physiologe und ein guter Praktiker sein, sondern auch die in Betracht kommenden Nervenkrankheiten auf das genaueste studiert haben. *Seige.*

Lomer, Georg: Über einige Beziehungen zwischen Gehirn, Keimdrüsen und Gesamtorganismus. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. Bd. **51,** H. 2, S. 578 bis 586. 1913.

Lomer wog bei 50 Geisteskranken die Keimdrüsen (Hoden bzw. Eierstöcke) und setzte die Gewichte in Beziehung zum Gehirngewicht bzw. Körpergewicht. Sowohl absolut als auch in Beziehung zu Gehirn- und Körpergewicht sind die männlichen Keimdrüsen mehr als dreimal so schwer als die weiblichen (18,6 : 5,6).

L. setzt diese Tatsache in Parallele zur größeren sexuellen Aktivität des Mannes, zu seiner länger dauernden Zeugungskraft und vor allem zu der von Moebius als physiologischer Schwachsinn bezeichneten geringeren geistigen Entwickelung des Weibes. Die geringsten Keimdrüsengewichte fanden sich bei beiden Geschlechtern bei hochgradigen angeborenen Schwachsinnsformen, indessen ist auffallend, daß Keimdrüsengewichte, die bei den Männern aller Wahrscheinlichkeit nach mit der Idiotie vergesellschaftet sind, bei den Frauen noch den physiologischen Bedürfnissen genügen. Weiterhin stellte Verf. die Gewichte der Keimdrüsen noch mit der Körperbehaarung sowie mit der Entwickelung der weiblichen Brüste zusammen. Auch hier fand er, daß dem höheren Keimdrüsengewicht auch ein höherer Grad der Behaarung entspricht; ebenso ergab sich, daß die bessere Brustentwickelung mit einem höheren Ovarialgewicht Hand in Hand geht. Die beste Entwickelung der Brust findet sich indes nicht bei den absolut höchsten Gewichtswerten des Ovariums, sondern etwas darunter.

Seige (Partenkirchen).

Sibley, W. Knowsley: Psychopathia sexualis: erotic dreams. (Psychopathia sexualis: Erotische Träume.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17,** Nr. 6, S. 308 bis 309. 1913.

Die Beziehungen zwischen Traum und Sexualleben sind nahe; daher sind die Träume auch sehr wichtig zur Feststellung des „Status sexualis“ der Kranken. Oft kann der geschickte Arzt auf diese Weise eine ganze Menge über das (physiologische oder pathologische) Geschlechtsleben des Patienten erfahren, ohne daß diesem selbst die Exploration bewußt wird. So ist der Traum z. B. oft das erste Anzeichen, daß sich zwei „sexuelle Partner“ überdrüssig sind. Wenn dann beispielsweise die Frau von einem anderen Manne träumt, so braucht diese Traumperson nicht etwa der ersehnte Genosse zu sein, sondern es kann dies nur irgendeine Ersatzperson sein. Bei unseren heutigen sozialen Verhältnissen kommt es häufig vor, daß ein Paar für das ganze Leben zusammen sexuell verkehrt, ohne sich gegenseitig geschlechtlich anzuziehen; es spiegelt dann der Traum die Idealperson vor. *Seige* (Partenkirchen).

Porchownik, J. B.: Übertragen der Schmerzempfindungen bei Erkrankungen der Genitalsphäre. (*Städt. Krankenh., Kiew*). Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Jg. **28,** H. 5/6, S. 719—734. 1913. (Russisch.)

Die Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre werden von verschiedenartigen reflektorischen Schmerzen begleitet. Die untere Extremität und das Becken sind besonders bevorzugt; im letzteren verlaufen die sympathischen Geflechte des Uterus und der Adnexe. Besonders heftig sind die reflektorischen Schmerzen bei der sog. Endometritis dolorosa, dann aber auch bei Oophoritiden, Retrofl. uteri usw. Bedingt sind diese Schmerzen durch Anastomosen zwischen dem Pl. fundamentalis uteri und dem I.—II. Spinalnerven aus dem Pl. sacralis. Schmerzen in der Blase, sog. Cystospasmus, Nieren, Gallenblase lassen sich ebenfalls durch Verbindungen der sympathischen Geflechte sowohl untereinander, als auch mit dem Pl. fundamentalis uteri erklären. So entsteht auch der reflektorische Husten (toux utérine Auvarel). Interessant sind die Trigeminusneuralgien-Schmerzensanfälle im Verzweigungsgebiet des N. trigenimus. Schmerzempfindlich sind nur einige Hautgebiete des Gesichtes, sog. hyperalgetische Zonen. Der Reiz von den Genitalorganen wird durch den Pl. solaris auf das Halsgeflecht des Truncus n. sympathici und von dort auf die hinteren Wurzeln der Spinalnerven und N. trigemini übertragen. *Ginsburg* (Breslau).

Robinson, William J.: Sexual neurasthenia, its causes, symptoms, and treatment. (Die sexuelle Neurasthenie, ihre Ursachen, Symptome und Behandlung.) Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 5, S. 393—399. 1913.

Überblick über das gesamte Gebiet, der nichts wesentlich Neues bietet. *Seige.*

Picqué, Lucien: Hystérie et chirurgie. (Hysterie und Chirurgie.) Rev. de psychiatr. Bd. **17**, Nr. 6, S. 221—238. 1913.

Bei dem bisher bestehenden Auseinandergehen der Ansichten bezüglich der Indikationen zu operativem Vorgehen bei Hysterischen sucht Picqué aus seiner eigenen Erfahrung klare Bedingungen für einen Eingriff aufzustellen. Dabei sind zwei Fragen zu beantworten: 1. Wie weit soll man bei gefahrdrohenden Zuständen gehen, ohne eine Verschlimmerung der Hysterie fürchten zu müssen; 2. was leistet die Chirurgie selbst gegen die Hysterie in ihren peripheren Äußerungen. Die erste wird im besonderen Hinblick auf die akute Appendicitis dahin beantwortet, daß bei schwer Hysterischen in ganz akuten Fällen wirklich nur dringliche Operationen gemacht werden sollen. Sorgfältigste Berücksichtigung aller Symptome gibt meist genügenden Anhalt für oder gegen vorliegende Hysterie. Andrerseits steht P. auf dem Standpunkt, daß z. B. bei appendicitischen Beschwerden bei Hysterischen doch meist eine Grundlage sich findet, die auf pathologisch-anatomischen Veränderungen beruht, die einen Eingriff rechtfertigen und die Beschwerden schwinden lassen. Immer aber bleibt die Notwendigkeit des Vorhandenseins einer nachweisbaren pathologischen Veränderung bestehen. Aus seiner Erfahrung ergibt sich für P. damit gleich die Beantwortung der zweiten Frage: der chirurgische Eingriff kann bei Hysterischen außer tatsächlich vorhandenen Erkrankungsherden auch die funktionellen lokalen und cerebralen Äußerungen zum Verschwinden bringen. Dagegen kennt er keinen Beweis dafür, daß ein chirurgischer Eingriff, wie Wegnahme der Ovarien, bei einer Hysterie etwas zu ändern vermag. *Draudt.*CH

Picqué, Lucien, et Émile Georghiu: Ectopie rénale et troubles mentaux. (Nierenektopie und Geistesstörungen.) Encéphale Jg. **8**, Nr. 7, S. 35—49. 1913.

Verff. machten die Beobachtung des häufigen Vorkommens der Wanderniere bei Leuten, die mit Neurasthenie oder Hysterie behaftet sind. Hysterische mit Wanderniere zeigen sehr oft hypochondrische Symptome. Sowohl die Autoren wie andere konnten finden, daß die Fixation der Niere die nervösen Beschwerden beseitigt. Bei Leuten mit Wanderniere finden sich des öfteren Geistesstörungen. Fiori gibt an, daß 58 Patienten mit Wanderniere und gleichzeitigen nervösen Beschwerden durch die Operation geheilt wurden. Verff. befassen sich ausführlich mit der Frequenz der Nierenektopie in Frankreich und kommen zu dem Schluß, daß die Wanderniere bei Geisteskranken in Frankreich bedeutend seltener ist als nach Angabe der Mehrzahl der Ärzte. Der Zusammenhang von Nierenektopie und nervösen Klagen wird in einer Zerrung des Plexus solaris gesucht, andere Autoren supponieren eine mechanische und autotoxische Reizung der Nebenniere; manche sprechen auch von einem Hystero-Traumatismus. Auch die bei Wanderniere vorkommende Albuminuria orthostatica kann die Ursache nervöser Störungen sein. Bei Wanderniere wurden oft Melancholie, Imbecillitas, Alkoholintoxikation, Epilepsie, Paranoia, Selbstmordneigung und andere Psychosen gefunden. Nephropexie soll nach Angabe der meisten Autoren von überraschendem Erfolge sein. *Olbert.*M

Gerichtliche Medizin:

Spinner, J. R.: Periodenstörungsmittel. Ein Beitrag zur Kenntnis des kriminellen Kurpfuschertums. Arch. f. Kriminal-Anthropol. u. Kriminalist. Bd. **54**, H. 3/4, S. 226—250. 1913.

Der Handel mit Periodenstörungs- und Menstruationsmitteln wächst immer mehr. Diese Mittel, welche dazu dienen sollen, die unregelmäßige Menstruation zu regeln oder besser die ausgebliebene Regel herbeizuführen, sind meist wertlos; sie gehören ausnahmslos zu den inneren Abortivmitteln, welche bekanntermaßen zur Herbeiführung des

Abortes unzweckmäßig sind. Da sie aber unter gewissen Umständen scheinbar wirksam sind, nennt Verf. sie relative Abortiva. Der Handel mit diesen Mitteln wird in den seltensten Fällen mit dem Willen, abzutreiben, betrieben; meistens handelt es sich darum, unwirksame billige Substanzen unter einem schönen Namen für teueres Geld zu verkaufen, also um einen Betrug, häufig auch darum, Kunden für die eigene oder fremde Abtreibepraxis zu gewinnen. Die Mittel bestehen meist aus nicht zweckdienlichen Substanzen, welche Gesundheitsstörungen verursachen können, ohne den Abort herbeizuführen. Der Preis der Mittel ist schwindelhaft, er beträgt das 20 bis 100fache des Drogenwertes. Zur Bekämpfung dieses Schwindels ist nötig: Verbot der Ankündigung und des Verkaufes, Warnung des Publikums in den Amtsblättern unter Veröffentlichung der Analysen, strengere Beaufsichtigung der Apotheken und Drogerien, samt Versuch einer internationalen Übereinkunft, da gerade diese letzteren Betriebe ihre Beziehungen meist nach dem Auslande suchen. Am Schlusse der Arbeit befindet sich eine 122 Nummern umfassende Liste derartiger Mittel mit Namen, Zusammensetzung und ungefähren Preisen. *Frankenstein* (Köln).

Bogdan, Georges: Un nouveau cas d'infanticide commis pendant l'accouchement. (Ein weiterer Fall von Kindesmord während der Geburt.) Rev. de méd. lég. Jg. **20**, Nr. **6**, S. 161—165. 1913.

Die meisten Autoren halten einen Kindesmord durch die Gebärende, während der Kopf sich noch in der Vulva befindet, für äußerst selten, vor allem wegen der Schwierigkeit für die Mutter, mit den Fingern den Kopf oder Hals des Kindes zu erreichen und wegen der Unmöglichkeit, sich aufzusetzen. Verf. ist im Gegensatze hierzu der Meinung, daß die Gebärende sehr wohl im Liegen den Kopf fassen kann, während er noch in der Vulva ist.

Im vorliegenden Falle bohrte die Mutter sofort nach dem Erscheinen des Kopfes die Fingernägel beiderseits in den Hals des Kindes, ohne sich zu erheben; da es noch lebte, wurde es während der Geburt von der Mutter der Gebärenden mit einer Hacke erschlagen. Das gerichtliche Gutachten des Verf. ging denn auch dahin, daß als eigentliche Mörderin die Großmutter anzusehen sei; denn es sei nicht ausgeschlossen, daß das Kind trotz der Strangulationsversuche leben geblieben sei, da Neugeborene erfahrungsgemäß die verschiedenen Arten der Asphyxie sehr gut vertragen. *Seige* (Partenkirchen).

Soziales. Statistik:

Methorst, H. W.: Kindersterblichkeit der im Haag 1908 Geborenen von 1 bis 4 Jahren im Zusammenhang mit der Ernährung und den sozialen Verhältnissen; Sterblichkeit im ersten Lebensjahre von 1909 bis 1912. Verbesserungsvorschläge. Im Auftrage der Gesundheitskommission veröffentlicht. 116 S. m. Tab. 1913. (Holländ.)

Diese Broschüre bildet den Abschluß der großzügig geleiteten Untersuchung über die Säuglingssterblichkeit. Es ergibt sich, daß bis in das vierte Lebensjahr die Kindersterblichkeit an Lungenkrankheiten um so größer ist, je weniger Brustnahrung vorherging. Auf die Darmkrankheiten ist ein solcher Einfluß nach dem ersten Lebensjahr nicht mehr vorhanden. Die Sommersterblichkeit ist bei Ernährung mit reiner Kuhmilch am größten und erreicht ihr Maximum im September; wenig besser sind die Ergebnisse bei künstlicher Surrogaternährung, während die gemischte Ernährung ebenso wie die Brusternährung eine absolut geringere Mortalität ergibt und auch keine erhöhte Sterblichkeit im Sommer (zomertop) erkennen läßt. Als Mittel zur Abstellung der Säuglingssterblichkeit ergeben sich vorwiegend prophylaktische Maßregeln, Gesunderhaltung des gesunden Kindes durch weitere Fürsorge und Belehrung und Beaufsichtigung der Mütter. Alle bereits in dieser Richtung tätigen Vereine sollen sich unter gemeinschaftlicher, so nötig staatlicher Leitung zusammenschließen. Dabei werden empfohlen und in der praktischen Ausführung besprochen: Kinderkliniken und Polykliniken mit unentgeltlichen Mutterlehrkursen, Konsultationsbureaus, Stillprämien, Wochenbettversicherungen und Pflegekinderversorgung. *C. H. Stratz.*

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band III, Heft 5. S. 193—256.

Ergebnisse.

14.

Über Anregung der Darmperistaltik (besonders der postoperativen) durch parenteral zugeführte Mittel.

Von
Dr. P. Wolff, Heidelberg.

Die Anregung der postoperativen Darmperistaltik war von jeher eine der größten Sorgen jedes Operateurs. Fast nach jeder Laparotomie, doch auch nach vielen anderen operativen Eingriffen, Nierenoperationen u. a. kommt es zu einer meist vorübergehenden Parese des Darmes. Die Winde gehen nicht ab, der Leib wird mehr oder weniger aufgetrieben, der Allgemeinzustand der Patienten wird je nach der Schwere der Darmstörung mehr oder weniger stark beeinflußt. Bei weiterer Zunahme der Darmparese kommt es allmählich zu den ernsteren Krankheitsbildern der Darmparalyse, des paralytischen Ileus, der ja von der postoperativen Peritonitis, zumal der schleichend verlaufenden, klinisch oft nicht zu trennen ist. So wird die Diagnose des im betreffenden Falle vorliegenden Krankheitsbildes und gleichzeitig die Prognosenstellung im hohen Maße erschwert. Eine frühzeitig wiedereinsetzende Darmperistaltik, die diese erste Sorge hinwegnimmt, wird daher von jedem Operateur freudig begrüßt. Die sonst übliche Anregung der Darmperistaltik durch Abführmittel ist im allgemeinen direkt nach einer Operation nicht anwendbar, da das häufige postoperative Erbrechen die Aufnahme von Mitteln durch den Mund verhindert. So blieb lange Zeit außer allgemeinen Maßnahmen (subcutane Kochsalzinfusionen, elektrischer Lichtbogen u. a.) nur die Anregung der Darmperistaltik vom Rectum durch Einläufe mit den verschiedensten milderen oder stärkeren reizenden Mitteln übrig. Da alle diese Mittel bei stärkerem Grade der Darmparese häufig versagen, machte sich das Bedürfnis nach einer Anregung der Darmperistaltik durch subcutane, intramuskuläre oder intravenöse Injektionen immer lebhafter geltend.

Als Mittel, die imstande waren, die Darmperistaltik anzuregen, waren die Belladonnapräparate und vor allem das Atropin rein empirisch schon lange bekannt.

I. Atropin.

Batsch[4][5]) gibt in seiner ersten Veröffentlichung über die Atropinbehandlung des Ileus an, daß schon 1788 Theden, der Generalchirurg Friedrichs des Großen, mit Erfolg große Dosen Belladonna bei der Behandlung des Ileus angewandt habe. Theden gab die 6fache Maximaldose und 4fache Tagesdose der Belladonna, ohne Schaden davon zu sehen.

Schulz[46]), der im Anschluß an die zahlreichen Veröffentlichungen der Jahre 1899—1902 den Ursprüngen der Atropinbehandlung des Ileus nachforschte, fand im Anfang des 19. Jahrhunderts Atropin und Belladonna wiederholt als Mittel zur Ileusbekämpfung erwähnt. Den Anstoß zur Wiederaufnahme der Atropinbehandlung bei Ileus gab, wie schon oben erwähnt, Batsch, der 1899 seine ersten Erfolge der Ileusbehandlung mit großen Atropindosen veröffentlichte. Ausgehend von der Überlegung, daß der dynamische Ileus (eine Bezeichnung, unter der die paralytische und spastische Form zusammengefaßt werden) nicht nur durch Lähmung der peristaltikanregenden Nervenfasern, sondern auch durch die verstärkte Tätigkeit der hemmenden Fasern hervorgerufen werden kann, versuchte er, diesen Krampf der Muskulatur

durch Injektion großer Atropindosen zu heben. Der Erfolg gab Batsch recht, denn es gelang ihm wiederholt in Fällen von schwerem Ileus durch einmalige oder wiederholte Injektion der 5fachen Maximaldosis = 5 mg die Darmtätigkeit wieder in Gang zu bringen und eine schon geplante Operation zu vermeiden. Trotzdem betont schon Batsch, daß bei manchen Fällen die Atropinbehandlung versage und dann die Operation doch nicht zu umgehen sei. Nach dieser ersten Veröffentlichung überstürzten sich die Mitteilungen in der Literatur über glückliche Heilungen schwerer Ileusformen durch Injektion großer Atropindosen. So folgten außer weiteren Mitteilungen Batschs günstige Berichte von Gebser[17]), Festner[13]), Scheumann[44]), Dietrich[12]), Kohlhaas[26]), Russow[43]), Holz[21]), Demme[11]), Ostermaier[34]), Marcinowski[29]), Mitteldorpf[31]), Aronheim[2]), Pritchard[38]), Stark[49]), Robinson[40]), Rothe[41]), Neukirch[33]), Polak[37]), Münchmeyer[32]), die alle durch die Injektion von Atropin in verschieden großen Dosen, die zwischen 1—2 mg und 1 cg schwankten, Wiedereintreten der vorher gelähmten und durch alle anderen Mittel nicht anzuregenden Darmperistaltik eintreten sahen. Als Nebenerscheinungen wurden meist nur geringe Vergiftungserscheinungen gemeldet, oft ihrer auch gar keine Erwähnung getan. Nach dieser ersten Begeisterung kamen allmählich auch warnende Stimmen zum Gehör. Von manchen Autoren, wie Hämig[19]), Bofinger[8]), Gähtgens[14]), Simon[48]), Lüttgen[28]) wurde über schwere Vergiftungserscheinungen berichtet, hochgradige Aufregungszustände mit Delirien, starker Trockenheit im Mund mit heftigem Durst, starker Beschleunigung der Herztätigkeit, die allerdings alle ohne schwere Schädigung wieder abklangen. Die Wirkung des Atropins war dabei durchaus befriedigend. Nur in einem Falle von Bofinger (l. c.), bei dem die wegen incarcerierter Schenkelhernie operierte Patientin im Atropinrausch das Bett verließ, so daß ein Aufplatzen der Wunde mit Prolaps der Därme eintrat, ist die Atropinintoxikation als Ursache für den Tod der Patientin anzusehen. Die Toleranz der Patienten gegen diese die Maximaldosis so stark überschreitenden Atropindosen fand verschiedene Erklärungen. So nahm Weber[51]) an, daß die in den meisten Fällen vorausgegangene Opiumtherapie in ihrer Nachwirkung die toxischen Schädigungen des Atropins aufhebe, allerdings auch gleichzeitig die zur Wiederherstellung der Darmtätigkeit erwünschte Atropinwirkung abschwäche. Weber glaubt, das Versagen der kleinen Atropindosen in ihrer Wirkung auf diese vorhergehende Opiummedikation schieben zu dürfen. Schulz[47]) empfiehlt aus ähnlichen Gründen vor der 1. Atropininjektion eine Injektion von 0,012 Morphium vorzunehmen, um die allgemeinen Schädigungen des Atropins zu mildern, ohne die Darmtätigkeit wesentlich einzuschränken. Auch Gebauer[15]) glaubte, keine Furcht vor einer etwaigen Intoxikation haben zu müssen, da man jederzeit imstande sei, bei einer etwaigen Vergiftung durch Injektion von 2 cg Morphin die bedrohlichen Erscheinungen sofort zum Abklingen zu bringen. In diesen ersten Veröffentlichungen wurde über glänzende Erfolge der Atropinbehandlung berichtet. Oft gingen schon nach relativ kleinen Dosen, 1—2 mg, oft auch erst nach wiederholter Injektion von 5 mg die äußerst lebensbedrohlichen Erscheinungen zurück. Das permanente Erbrechen selbst kotiger Massen, das Aufstoßen, die vollkommene Verhaltung von Stuhl und Winden waren nach diesen Schilderungen wie mit einem Schlag verschwunden. Wie vor allem Schulz (l. c.) betont, hört nach der Atropininjektion das Aufstoßen und Erbrechen sofort nach Eintreten der Atropinwirkung auf. Der Patient verfällt in festen Schlaf, die Schmerzen lassen nach. Stuhlgang und Abgang von Winden erfolgen, der Patient ist gerettet. Adam[1]) schlägt vor, zur Sicherung dieser günstigen Wirkung des Atropins gleichzeitig Öleinläufe zu machen.

Diese so auffallend günstigen Berichte über die Wirkung des Atropins bei der Behandlung des Ileus lassen verschiedene Erklärungen zu. Zunächst muß man bei der ganz wahllosen Anwendung des Mittels bei allen Formen des Ileus und der Schwierigkeit einer sicheren Diagnose dieses Krankheitsbildes der Ansicht Rumpels[42]) und Honigmanns[23]) beipflichten, die viele der beschriebenen Fälle überhaupt nicht für

Ileusfälle halten. Zum Teil handelte es sich wohl um einfache Koprostasen, zum Teil um ähnliche, nicht so ernst aufzufassende Krankheitsbilder. Auch sind zweifellos außer den Mißerfolgen der Atropintherapie, wie sie Bofinger (l. c.), Höchtlen[20]) und Gebele[16]) berichten, nach der Ansicht Honigmanns zahlreiche Mißerfolge gar nicht berichtet worden.

Andererseits ist die Wirkung des Atropins auf den Darm wiederholt sichergestellt. Der Ansicht Batschs, daß durch Wegfall der hemmenden Nervenfasern günstigere Bedingungen für die Darmbewegungen geschaffen werden, stimmt auch Pal[36]) bei. Ebenso konnte Oppenheim[35]) bei kleinen Gaben von Atropin eine Beschleunigung der Darmperistaltik infolge Wegfalls der hemmenden Splanchnicusfasern feststellen. Im Gegensatz zu diesen Angaben stehen die Ergebnisse der Untersuchungen Traversas[50]), der eine Lähmung des Vagus durch Atropin fand, so daß nur die Hemmungsfasern des Splanchnicus allein in ihrer Wirkung übrigblieben. Czapleski[9]) berichtet über eine den Tonus der Darmmuskulatur stärkende Wirkung des Atropins. Nach Meyer und Gottlieb[30]) dagegen schwächt das Atropin den Tonus der Darmmuskulatur, wirkt aber gleichzeitig in kleinen Dosen erregend auf die Auerbachschen Plexus, so daß die rhythmischen und reflektorischen Auerbachschen Entladungen merklich verstärkt werden und als Effekt eine lebhaft gesteigerte Darmperistaltik übrigbleibt. Andererseits bewirkt Atropin bei hohem, durch Entzündung oder Arzneimittel (Pilocarpin) bedingten, Vagustonus eine Entspannung und Beruhigung des Darmes.

In ihren neuesten Untersuchungen mit Atropin konnten allerdings Bergmann und Katsch[7]) im Gegensatz zu den sonstigen Erfahrungen nur Tonusherabsetzung und Bewegungsminderung am Darm feststellen. — Auf Grund der bisher anerkannten Ergebnisse sind also die Wirkungen des Atropins bei paralytischem Ileus wohl durch die Erregung der Auerbachschen Plexus zu erklären, die bei spastischem Ileus durch die beruhigende und vaguslähmende Komponente.

Trotz dieser sicher vorhandenen Darmwirkung des Atropins ist es in den letzten Jahren über erfolgreiche Atropinbehandlung bei Ileus recht still geworden. Schon in den ersten Jahren nach Batschs Veröffentlichung 1900—1902 erhoben sich warnende Stimmen, die gegen die kritiklose Anwendung des Atropins bei allen Ileusformen Einspruch erhoben. Obwohl Batsch selbst nach vergeblichem Versuch mit Atropin zum chirurgischen Eingriff riet, wurden durch Behandlung auch des mechanischen Ileus manche Fälle verschleppt. Daher warnt Gebele (l. c.) vor dieser Behandlung, da es zu leicht zu einer Verschleierung des Krankheitsbildes kommen könne und die rechtzeitige chirurgische Hilfe unterlassen werde. Weber (l. c.) und Pal (l. c.) schließen sich diesen Warnungen an. Gebauer (l. c.) berichtet über einen Fall, bei dem trotz großer Atropindosen am 6. Tage nach Beginn der Behandlung, nach Ablehnen einer Operation, bei mechanischem Ileus der Exitus eintrat. In den Veröffentlichungen der letzten Jahre schreibt Wilms[52]) in seiner Abhandlung über den Ileus 1906, daß das Atropin bei der Behandlung des dynamischen Ileus wohl von Nutzen sein könne, daß seine Anwendung bei echtem mechanischem Ileus jedoch nicht erlaubt sei. Während Baisch[3]) keinen Erfolg von Atropin gesehen hat, berichtet Dahlgren[10]) über sehr gute Resultate, wenn vorher durch Operation festgestellt sei, daß kein mechanisches Hindernis vorliege. Lupino[27]) und Zanetti[53]) empfehlen, Atropin in allen Fällen von Darmokklusion vor einem chirurgischen Eingriff zu versuchen. Stössel[88]) schildert einen Fall von Ileus bei einer Wöchnerin, wo durch Atropin und Physostigmin Heilung erzielt wurde. Diese Vereinigung von Atropin und Physostigmin empfiehlt vor allem Craig[64])[65])[66]), der postoperativ die Kombination beider Mittel prophylaktisch zur Anregung der Darmperistaltik dringend empfiehlt. Auch Zahradnicky[97]) schließt sich dieser Empfehlung an.

So ergibt sich kurz zusammenfassend, daß das Atropin sein Hauptanwendungsgebiet in der Behandlung des dynamischen Ileus hat, daß es aber auch zur Anregung

der postoperativen Darmtätigkeit eventuell in Verbindung mit Physostigmin mit Erfolg benützt werden kann.

II. Strychnin.

Als zweites Mittel zur Anregung der Darmperistaltik ist das Strychnin zu erwähnen.

Auch das Strychnin wirkt nach den Angaben von Meyer und Gottlieb (l. c.) in kleinen Dosen reizend auf die Auerbachschen Plexus und dadurch peristaltikanregend. Erst bei ganz großen Dosen, wie sie bei Vergiftungen an Menschen gar nicht in Frage kommen, wirkt das Strychnin lähmend auf den Darm.

Nach Offergeld[83]) haben Bardsley und Hardley die ersten Versuche mit Strychnin gemacht. Martin[58]) hat dann Strychnin als peristaltikanregendes Mittel besonders auch zur Verhütung von postoperativen Adhäsionen empfohlen. Grube[55]) [56]) trat 1910 auf Martins Veranlassung hin besonders lebhaft wieder für das Strychnin ein. Nach seiner Ansicht wirkt das Strychnin durch Erhöhung der Reflexerregbarkeit günstig auf den Darm ein und bietet gleichzeitig ein Gegenmittel gegen die durch Chloroform und Morphium bedingte Herabsetzung der Darmerregbarkeit. Grube gab seinen Patienten 24 Stunden nach der Operation 3 mg Strychnin. nitr. subcutan. Dann nach 3 Stunden nochmals 3 mg, und wenn auch jetzt noch keine Wirkung auftrat, nach weiteren 3 Stunden 4 mg, so daß er die Maximaldosis von 0,01 g Strychnin in 6 Stunden gab. Bei dieser Behandlung erzielte er bei 86% der Laparotomierten Spontanabgang von Flatus. Als Nebenwirkung traten in einigen Fällen Muskelschmerzen auf, deren Ursache er jedoch nicht mit Sicherheit in dem Strychnin sah. Ferner trat bei einer Anzahl von Fällen ein leichter Ikterus auf. Doch läßt Grube auch dabei frei, ob dieser Ikterus als Folge des Strychnins oder als Chloroformnachwirkung anzusehen sei. Bei einem ad Exitum gekommenen Fall konnte jedenfalls kein Strychnin in der Leber nachgewiesen werden. Jaffé[57]), der die Untersuchungen Grubes nachprüfte, konnte einen postoperativen Ileus durch subcutane Injektion von 6 mg Strychnin zur Heilung bringen. Er rühmt außerdem die günstige Wirkung des Strychnins als Herztonicum. Wilms (l. c.) erwähnt nur kurz die Anwendung des Strychnins bei postoperativem Ileus, ohne sich über seinen Wert zu äußern. Offergeld (l. c.) glaubt, daß Strychnin vielleicht imstande sei, den einfachen paralytischen Ileus zu verhüten. Dagegen bestreitet Polak[59]) [60]) auf Grund experimenteller Untersuchungen an Fröschen und Kaninchen jeden befördernden Einfluß des Strychnins auf die Darmbewegung. Nach großen Dosen konnte er höchstens eine Abschwächung oder Stillstand der Darmbewegungen feststellen. In neuerer Zeit konnte ich Berichte über günstige Erfolge mit Strychnin als peristaltikanregende Mittel nicht finden.

Trotzdem scheint das Strychnin auf Grund der wenigen Veröffentlichungen und experimentellen Untersuchungen als peristaltikanregendes Mittel in einem Teil der Fälle von Nutzen zu sein.

III. Physostigmin (Eserin).

Eine viel größere Rolle als dem Atropin und Strychnin kommt zur Anregung der geschädigten Darmperistaltik einem anderen starkwirkenden Alkaloid zu, dem Physostigmin. Die starke Einwirkung des Physostigmins auf die Darmmuskulatur war auf Grund tierexperimenteller Untersuchungen schon längere Zeit bekannt. Das Physostigmin wirkt, wie Löwi und Mansfeld[78]), Meyer und Gottlieb (l. c.), Oppenheim (l. c.) u. a. feststellen konnten, durch Vagusreizung anregend auf die Darmmuskulatur, so daß es bis zur tonischen Contractur des Darmes kommen kann. Nach Katschs[24]) [25]) Untersuchungen mit der Bauchfenstermethode bringt das Physostigmin ähnlich wie das Pilocarpin heftige Darmkontraktionen hervor, die jedoch durchaus den Eindruck des Unzweckmäßigen, Pathologischen machen.

Die Anwendung des Physostigmins war bis zum Jahre 1901 nur in der Tiermedizin gegen Tympanie der Pferde u. ä. üblich. Erst v. Noorden[81]) schlug vor, auch bei

Menschen das Physostigmin gegen Erschlaffung des Darmes zu geben. Er riet bis zu dreimal $^1/_2$ mg subcutan zu injizieren und sah bei dieser Behandlung gute Erfolge. Bei etwa auftretenden Vergiftungserscheinungen riet er Atropin als Gegenmittel zu geben. — Die Anwendung des Physostigmins in der chirurgischen Praxis befürwortete vor allen Dingen Vogel[92—96]. Er empfahl in seiner ersten Arbeit 1902 das Physostigmin als stark die Darmperistaltik anregendes Mittel, vor allem zum Zwecke der Verhütung von postoperativen Adhäsionen. In mehreren weiteren Veröffentlichungen bestätigte er dann seine guten Erfahrungen, die er mit der 1—2maligen Injektion von 1 mg Physostigmin gemacht hatte. Er empfiehlt auch vor allem das Physostigmin prophylaktisch, möglichst bald nach der Operation, zu geben. Unangenehme Nebenerscheinungen hat er nie beobachtet. Seine günstigen Erfolge wurden von verschiedenen Seiten bestätigt. So empfiehlt Moskowicz[80]) das Mittel besonders bei postoperativer Darmlähmung und rühmt gleichzeitig die blutdrucksteigernde Wirkung des Mittels, das so auch erregend auf das Herz wirke. Lenander[77]) sah ebenfalls in manchen Fällen Nutzen von der Anwendung des Physostigmins. Auch Arndt[62]), Krebs[74]), Schiller[86]), Henkel[68]), Hirschel[71]), Rubritius[85]), Simon[87]), Mayer[79]) und Kraft[72]) bestätigen die günstigen Erfahrungen mit subcutanen Physostigmininjektionen von 1—2 mg. Arndt[62]) betont besonders die frappante, oft direkt lebensrettende Wirkung des Mittels, ohne daß jemals Störungen des Allgemeinbefindens oder Zeichen einer Intoxikation auftraten. Von Hippel[70]), Vineberg[91]) raten besonders zur prophylaktischen Anwendung des Mittels, das sofort nach der Operation injiziert oder, wie Craig[64])[65])[66]) vorschlägt, schon vor der Operation oder auf dem Operationstisch gegeben, mit Sicherheit eine frühe Anregung der Darmperistaltik garantiere und damit das Auftreten des postoperativen Ileus verhindere. Craig empfiehlt zur Verstärkung der Wirkung des Eserins und zur Unterdrückung aller unangenehmen Nebenwirkungen das Mittel mit Atropin zusammen zu geben. Als Hauptfeld für die Anwendung des Physostigmins erklärt Goth[67]) die Fälle von aseptischer Darmparalyse, bei denen er ausgezeichnete Erfolge sah. Neben diesen günstigen Berichten wurden jedoch auch manche Warnungen laut. So betonte Heubner[69]), der auch Selbstversuche anstellte, das häufige Auftreten von Nausea (leichtem Schwindel, Unbehagen, Schweiß, mitunter auch Erbrechen). Henle[118]) erlebte zweimal nach Injektion von nur 1 mg Eserin Kollaps. Nach Pankows[84]) Ansicht ist in dem Physostigmin eine wirksame Waffe zur Bekämpfung der postoperativen Darmlähmung noch nicht gegeben. Nötzel[82]) äußerte sich ebenfalls skeptisch. In den meisten Fällen ließ sich ein Einfluß des Physostigmins nicht konstatieren. Jedenfalls versagte das Mittel in ganz schweren Fällen vollkommen. Uyeno[90]) stellte auf Grund experimenteller Untersuchungen fest, daß das Physostigmin dem Entstehen von Adhäsionen nicht vorbeugt. Nach Offergelds[83]) Ansicht ist bei geschädigtem Darm durch die starke Anregung der Peristaltik das Zustandekommen einer Darmruptur möglich. Auch bei beginnender Peritonitis hält er das Physostigmin für nicht ungefährlich, da es infolge der starken Darmbewegungen zur Weiterverbreitung der Infektion führen könne.

In den Veröffentlichungen aus neuerer Zeit empfiehlt Zahradnicky[97]) das Physostigmin als gutes Prophylakticum gegen Ileus, ebenso sah Wolf[155]) bei einem Fall von postoperativer Darmparalyse bei dem er Hormonal vergebens versucht hatte, durch Physostigmin und Heißluftbehandlung die Peristaltik wieder in Gang kommen.

In dem Martin-Jungschen Lehrbuch (l. c.) ist das Physostigmin als in seiner Wirkung zu ungleichmäßig bezeichnet. Kausch[127]) ließ die Anwendung des Physostigmins zugunsten des Hormonals fallen, da ihm erstere nicht das hielt, was er erwartet und erhofft hatte. Körte[73]) schreibt, daß Physostigmin in einer Dosis von 3—5 dmg wiederholt empfohlen ist, die Wirkung aber unsicher ist. Auch Kreuter[75]) äußert sich, daß sich das Mittel nicht zu bewähren scheint.

Koch[172]) berichtet bei seinen Vergleichsuntersuchungen mit Peristaltin, daß das Physostigmin zwar gute Wirkung hat, daß aber die außerordentlich schmerzhaften

Darmkontraktionen und Darmsteifungen eine sehr unangenehme Beigabe sind. So sehen wir auch bei der Anwendung des Physostigmins einerseits große Begeisterung und Berichte über glänzende Erfolge, auf der anderen Seite Warnungen vor Nebenwirkungen und Berichte von Mißerfolgen.

IV. Hormonal.

Neben dem Physostigmin, das auch jetzt noch von zahlreichen Operateuren angewendet wird, spielt in neuerer Zeit ein anderes Mittel, das Hormonal (Peristaltikhormon Zuelzer) eine große Rolle in der Behandlung der Darmparalyse.

Starling hat zuerst den Begriff der Hormone in die Literatur eingeführt. Unter Hormonen versteht er Körper, die imstande sind, bestimmte Zellgruppen zu bestimmten Funktionen anzureizen. So fand Starling ein Hormon, das das Wachstum und die Sekretion der Brustdrüse anregt, ein anderes das Sekretin, das ebenso auf die Pankreassekretion in spezifischer Weise einwirkt. Zuelzer[156]) vermutete nun, daß es entsprechend diesen Hormonen ein ebensolches spezifisches Hormon auch für die normale Darmperistaltik geben müsse. Es gelang ihm auch 1908 aus der Magenschleimhaut einen Stoff zu gewinnen, der einem Kaninchen intravenös injiziert, eine energische Darmperistaltik hervorrief. Dieser Stoff konnte dann aus der Milz in größeren Quantitäten hergestellt werden. Zuelzer ließ dieses Peristaltikhormon unter dem Namen Hormonal in den Handel kommen. Als erstes und wichtigstes Anwendungsgebiet des Hormonals bezeichnet Zuelzer die nicht durch eine Peritonitis komplizierten Darmlähmungen, bei denen wenige Stunden nach der intravenösen Einspritzung von 20 ccm des Mittels der vorher regungslose aufgetriebene Darm sich wieder zu kontrahieren anfängt, die Spannung des Leibes nachläßt und Entleerung von Winden und Stuhl auftreten. Auch bei Peritonitis wirkt das Hormonal in einzelnen Fällen lebensrettend. Als Nebenerscheinungen kommen nach Zuelzers Angaben höchstens belanglose schnell vorübergehende Temperaturanstiege mit oder ohne Schüttelfrost vor. Bei ausgesprochenem Ileus wurde hie und da ein leichter Kollaps beobachtet, der jedoch nie bedrohlichen Charakter annahm. Bei wiederholten Injektionen sollen anaphylaktische Erscheinungen nicht auftreten. Auch bei Okklusionsileus hält Zuelzer einen Versuch mit Hormonal für gerechtfertigt. Nach experimentellen Untersuchungen führt die durch Hormonal hervorgerufene Peristaltik selbst bei schwerster Darmveränderung nicht zur Perforation der Darmwand. Bei chronischer Obstipation sah Zuelzer ebenfalls gute Erfolge von der Anwendung des Hormonals.

Nach seinen ersten Veröffentlichungen[157])[158])[159]) kamen zahlreiche Berichte, die die günstigen Erfolge mit Hormonal bestätigten. So berichteten über gute Resultate bei der Behandlung der chronischen Obstipation Saar[146]), Glitsch[113]), Forkel[111]), Mächtle[133]), Pfannmüller[137]), Curschmann[102]), Quadrone[142]), Kauert[126]), Lincoln[132]), Alberto und Eugenio Mac-Bride[98]), Pierret und Duhot[138]), Eason[109]), Jaworski[123]), Rajna[143]), Fornaca[110]), die in den meisten Fällen langdauernde Besserungen oder sogar Heilungen bei jahrelang bestehender Obstipation beobachten konnten, ohne außer geringen Schmerzen an der Injektionsstelle oder vorübergehenden Temperatursteigerungen jemals irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen zu bemerken. Meist wurde nach dem Vorschlage Zuelzers (l. c.) als Schiebemittel eine einmalige Gabe von 1—2 Eßlöffel Ricinusöl gegeben. In den meisten Fällen traten nach wenigen Stunden mitunter auch erst nach 1—2 Tagen spontane Stuhlentleerungen auf, die in den nächsten Wochen und Monaten gleichmäßig anhielten. Es ist, wie Saar (l. c.) sich ausdrückt, als wenn ein zum Stillstand gekommenes Pendel durch einen einmaligen Anstoß wieder seine geregelte Tätigkeit aufgenommen hätte.

Bei der Behandlung der postoperativen Darmparalyse und der postoperativen Peritonitis wurden ebenfalls zahlreiche ausgezeichnete Erfolge berichtet, in einzelnen Fällen die Lebensrettung der Patienten direkt der Hormonalinjektion zugeschoben. Vor allem trat Henle[118])[119]) lebhaft für das Hormonal ein und betonte seine prompte

Wirkung im Gegensatz zu dem sonst gebräuchlichen Physostigmin. Vor allem rufe das Hormonal peristaltische Wellen hervor und keine einfachen Contracturen, wie das Eserin. Über günstige Wirkungen des Hormonals zur Anregung der postoperativen Peristaltik berichteten ferner Kausch[127]), Denks[104])[105])[106]), Borchardt[100]), Goldmann[115]), Kirschner[129]), Unger[153]), Kauert[126]), Jungengel[124]), Lincoln[132]) und Pilcher[139]), Groth[117]) und Voigt[154]) betonen ausdrücklich die überraschend günstige Wirkung des Mittels, nachdem außer den sonst üblichen Mitteln auch das Physostigmin versagt habe.

In der Dosierung trat insofern eine Änderung ein, als Kausch (l. c.) bei der Behandlung schwerer Fälle ebenso wie Pilcher (l. c.) größere Dosen vorschlug. Er injizierte bei schwerer Darmlähmung 30—40 ccm intravenös. Borchardt (l. c.) empfiehlt sogar bis 50 ccm zu geben. Als Folge dieser großen Dosen sah Kausch[128]) bei mehreren Patienten Durchfälle von cholerineartigem Charakter auftreten, eine Beobachtung, die Borchardt (l. c.), Goldmann (l. c.), Zuelzer (l. c.) und Voigt (l. c.) ebenfalls bestätigen konnten. Auch vereinzelte Warnungen vor dem Hormonal wurden laut. So befürchtet Rehn[144]), daß durch die Hormonalbehandlung eine Verschleppung der Fälle eintreten könne und dadurch die rettende Hilfe des Chirurgen zu spät aufgesucht werde. Kausch hält diese Warnung vor kritiklosem Hormonalgebrauch ebenfalls für berechtigt. Trotzdem schien nach allen Erfahrungen das Hormonal das gesuchte Peristalticum zu sein.

Da erschien Ende 1911 eine Veröffentlichung von Dittler und Mohr[107]), in der diese über einen schweren Kollaps nach intravenöser Hormonalinjektion berichteten und gleichzeitig auch auf Grund tierexperimenteller Untersuchungen vor der Anwendung des Mittels warnten. Sie fanden nämlich, daß dem Hormonal eine außerordentlich stark blutdruckerniedrigende Wirkung zukommt und glaubten, die nur selten im Tierversuch nachweisbare Peristaltikanregung als sekundäre durch die Blutdruckerniedrigung bedingte auffassen zu müssen. Vor allem konnten sie bei ihren Tierversuchen keine sichere Einwirkung auf die Darmperistaltik feststellen und erklärten daher das Mittel für unbrauchbar. Dieser Warnung Dittlers und Mohrs folgten eine Reihe weiterer Mitteilungen, in denen ebenfalls über sehr unerwünschte Nebenwirkungen nach Hormonalinjektionen berichtet wurde. So beobachteten Hesse[120]), Kretschmer[131]), Birrenbach[99]), Frischberg[112]), Mohr[135])[136]), Bovermann[101]), Kleinberger[130]), Voigt[154]) und Rosenkranz[145]) mehr oder weniger bedrohlich erscheinende Kollapse nach Hormonalinjektionen. Es gelang zwar immer durch Exzitantien, den Kollaps zu überwinden, doch machten die Patienten einen äußerst bedrohlichen Eindruck. Die Wirkung auf den Darm war dabei in den meisten Fällen eine durchaus befriedigende. Die meisten Autoren schlossen sich dabei der Ansicht von Dittler und Mohr über das Zustandekommen des Kollapses durch Blutdruckerniedrigung und der Darmwirkung des Hormonals als sekundärer an. Wolf[155]) berichtet über einen Fall, bei dem er nach Hormonalinjektion einen schweren Kollaps sah, ohne irgendeine Wirkung auf die Darmperistaltik zu erzielen. Die Anregung der Peristaltik gelang in diesem Falle erst durch Physostigmin und Heißluftbehandlung. Während bei den oben erwähnten Fällen der Kollaps noch bekämpft werden konnte, trat in einigen Fällen im Anschluß an die Hormonaleinspritzung der Exitus ein. So berichtet Jurasz[126]) über einen Todesfall im Kollaps, ebenso Schönstadt[149]) über 2 Todesfälle, Madlener[134]), der im übrigen die glänzende Wirkung des Hormonals betont, über einen Todesfall sofort nach der Injektion. Hoffmann[121]) beobachtete bei einem Fall nach Hormonalinjektion so heftige Koliken, daß zweimalige Morphiuminjektionen nötig waren. Einen Erfolg des Mittels konnte er nicht feststellen.

Während so die Ansicht von der Harmlosigkeit des Mittels schwer erschüttert wurde, traten andere Untersucher ebenso wie Dittler und Mohr der Ansicht von der spezifischen Wirkung des Peristaltikhormons entgegen. Sabatowski[144]) sieht ebenfalls als Ursache der Darmwirkung des Hormonals die Blutdrucksenkung an und warnt

besonders vor seiner Anwendung nach Narkosen. Er konnte ferner im Tierversuch nach Hormonalinjektionen Speichelfluß und Ungerinnbarkeit des Blutes beobachten. Diese Nebenwirkungen, Blutdrucksenkung, Ungerinnbarkeit des Blutes und Speichelfluß sind nach Popielski[141]) die Eigenschaften eines in jedem Organextrakt vorkommenden Stoffes, des Vasodilatins. Popielski bekämpft die ganze Lehre von den Hormonen, die nach seiner Ansicht keine reale Grundlage besitzt. Auch das Hormonal wirkt nach ihm nur als Organextrakt. Die Darmwirkung ist sekundär durch die Blutdrucksenkung hervorgerufen. — Auch Jacobi[122]) hält den Nachweis der Hormonnatur des Hormonals noch nicht für erbracht.

Gegen diese vernichtende Kritik des von ihm gefundenen Präparates wandte sich Zuelzer[161]). Es gelang ihm als Ursache der schweren Nebenerscheinungen und der erheblichen Blutdrucksenkung, die auch er zugeben mußte, eine Albumose in dem Präparat zu finden. Nach Entfernung dieser Albumose sah Zuelzer bei zahlreichen Versuchen nie mehr erhebliche Blutdrucksenkungen auftreten. Kausch (l. c.), der wie er wiederholt betont, niemals ungünstige Erfahrungen mit dem Hormonal machte, stellt als weitere Forderung die Vorschrift auf, die Infusion sehr langsam zu machen, da er auch bei anderen schnell ausgeführten intravenösen Einspritzungen schwere Kollapserscheinungen beobachten konnte. Declairfayt[103]) schlägt vor, die Injektion des Hormonals in Verdünnung mit 150 ccm physiologischer Kochsalzlösung vorzunehmen, da hierdurch Nebenwirkungen und vor allem bedrohliche Blutdrucksenkungen verhindert würden.

In den Veröffentlichungen der neuesten Zeit spricht sich Schricker[150]) wieder in einer für das Hormonal günstigen Weise aus. Vor allem aber stützt Sackur[148]) auf Grund experimenteller und klinischer Untersuchungen die ursprünglichen Angaben Zuelzers vollkommen und wendet sich gegen die Ansicht von Dittler und Mohr, Sabatowski und Popielski. Sackur konnte bei allerdings sehr langsamer Injektion im Tierversuch, selbst bei sehr hohen Hormonaldosen mit dem verbesserten Präparat niemals Blutdrucksenkung beobachten, sah aber sofort nach der Injektion bis spätestens wenige Minuten nachher starke peristaltische Darmbewegung einsetzen. Andererseits konnte er nach Injektion von Pepton Witte, das nach Popielski Vasodilatin und Albumosen enthält zwar starke Blutdrucksenkung, doch keine Anregung der Darmperistaltik beobachten. Klinisch ist Sackur mit dem Hormonal außerordentlich zufrieden. In einzelnen Fällen konnte er ebenso wie Kausch Durchfälle nach der Injektion beobachten. Szénássy[152]) empfiehlt die intramuskuläre Anwendung des Hormonals, warnt aber vor der intravenösen.

Dittler und Mohr[108]) geben in ihrer neuesten Veröffentlichung auch ihrerseits die Resultate ihrer Nachprüfung des verbesserten albumosenfreien Hormonals wieder. Die Verfasser konnten auch in dem neuen Präparat noch Albumosen nachweisen. Ebenso fanden sie bei der Injektion Blutdrucksenkung, wenn auch in geringerem Maße als bei dem alten Präparat. Eine Peristaltik anregende Wirkung konnten sie bei Kaninchenversuchen diesmal in zweidrittel der Versuche nachweisen. Trotzdem warnen die Verfasser nach wie vor vor der Anwendung des Präparates.

Man kann sich also wohl Körtes' (l. c.) Ansicht anschließen, der sich dahin ausspricht, daß die Erfahrungen über das Hormonal noch nicht abgeschlossen sind. Als Resultat der meisten Veröffentlichungen ergibt sich immerhin, daß das Hormonal in vielen Fällen von Darmparalyse und chronischer Obstipation mit ausgezeichnetem Erfolg gegeben wurde. Die Gefahren der Blutdrucksenkung sind bei dem verbesserten Präparat (von Nr. 51 ab) nur geringe, zumal wenn die Injektion mit größter Langsamkeit vorgenommen wird.

V. Hypophysenpräparate (Pituitrin u. ä.).

In neuester Zeit beginnt auch das Pituitrin eine Rolle in der Behandlung der postoperativen Darmparalyse zu spielen. Schon Bell[162]), Franchini[164]) und Foderà[163])

konnten im Tierversuch die Peristaltik anregende Wirkung des Hypophysenextraktes feststellen. Nach Bell tritt eine direkte Einwirkung auf die glatte Muskulatur des Darmes ein. Franchini konnte ebenfalls bei Kaninchen deutlich sichtbare Darmperistaltik nach intravenöser Pituitrininjektion feststellen.

Katsch [l. c.] konnte mit seiner Bauchfenstermethode ebenfalls nach Pituitrininjektionen eine deutliche Anregung der Darmbewegungen feststellen, die, im Gegensatz zu Physostigmin und ähnlichen Mitteln durchaus den Eindruck des physiologisch gesteigerten und koordiniert zweckmäßigen machten.

Klinisch trat vor allem Klotz[166][167][168] in wiederholten Veröffentlichungen lebhaft für das Pituitrin bei der Behandlung der postoperativen Darmparalyse und Peritonitis ein. Er betont seine Peristaltik anregende Wirkung auf den Darm, ja er glaubt sogar, daß bei der Behandlung von Fällen chronischer Obstipation das Pituitrin eine Rolle zu spielen, berufen sei. Als außerordentlich angenehme Nebenwirkung betont Klotz die stark blutdrucksteigernde Wirkung des Pituitrins. Klotz weist in diesem Zusammenhang auf die Vorzüge des Pituitrins dem Adrenalin gegenüber hin, da das Adrenalin neben der blutdrucksteigernden eine darmlähmende Wirkung besitzt. (Auch Sabatowski [l. c.], Meyer und Gottlieb [l. c.] und Katsch [l. c.] bestätigen die Peristaltik hemmende Wirkung des Adrenalins.)

Jaschke[165] konnte die Beobachtungen, die Klotz erhoben hatte, vollkommen bestätigen. Er gab am Tage der Operation 3 mal 1 ccm Pituitrin (gleich 0,01 getrocknete Substanz) und sah dabei oft noch am Tage der Operation spontanen Abgang von Flatus und Stuhl. Daneben betont Jaschke die günstige Wirkung des Mittels auf die Blasenentleerung.

Auch eigene Untersuchungen bei der Nachbehandlung von 39 Laparotomierten ergaben durchaus den Eindruck einer günstigen Einwirkung des Pituitrins auf die Anregung der Darmperistaltik.

So scheint also das Pituitrin durch seine Vereinigung von Blutdrucksteigerung und Anregung der Darmperistaltik berufen, bei der Behandlung der postoperativen Darmparalysen seinen Platz einzunehmen.

VI. Peristaltin.

Auf der Suche nach einem subcutan wirkenden Abführmittel gelang es der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel ein wasserlösliches Glykosid aus der Sagradarinde herzustellen, das subcutan injiziert, als mildes Peristaltik anregendes Mittel wirken soll. Pietsch[175] konnte im Tierversuch nach Injektion von Peristaltin nach 3 bis 4 Stunden Stuhlentleerung hervorrufen. Schädliche Folgen konnte er in seinen Versuchen an Hunden, Katzen und Pferden nicht feststellen. Bei Kaninchen traten vorübergehend Nierenentzündungen auf, doch erklärt Pietsch Kaninchen als ungeeignet, um Versuche mit Abführmitteln anzustellen. Über den klinischen Nutzen des Präparates äußert sich Brauer[178] in günstigem Sinn. Er konnte bei 75% der Patienten, bei denen das Mittel zur Verwendung kam, schmerzlose ausgiebige Darmentleerungen erzielen. Linel[173], Bichamp[169], Massalongo und Piazza[174] äußern sich auf Grund experimenteller und klinischer Untersuchungen ebenfalls in einem für das Peristaltin günstigem Sinn.

Koch[172], der mit Peristaltin und Physostigmin vergleichende Untersuchungen bei der Behandlung des postoperativen Meteorismus anstellte, berichtet ebenfalls über günstige Erfolge mit ersterem Mittel. Er glaubt, daß das Peristaltin eine Steigerung des Tonus der Darmmuskulatur hervorruft, die sich besonders auf den Dickdarm erstreckt, aber auch sicher auf die Peristaltik des Dünndarms einwirkt. Er konnte nach 1/4 bis 1/2 Stunde nach der Einspritzung vollkommen schmerzlose Darmbewegungen (Kollern und Gurren im Leibe) feststellen. Winde gingen mitunter schon 1 Stunde nach der Injektion ab, meist erst 8 Stunden nachher. Von Nebenerscheinungen erwähnt Koch nur leichte Schmerzen an der Injektionsstelle. Besonders lebhaft tritt von

Brunn[171]) für das Peristaltin ein. Er gibt das Mittel als Prophylaktikum direkt nach der Operation und erklärt seine Wirkung für ausgezeichnet. Seit Anwendung des Präparates ist bei ihm der postoperative Verlauf bei den Bauchoperierten viel leichter. In einzelnen, so gut wie verlorenen Fällen schreibt er dem Peristaltin ein sehr wesentliches Verdienst an der Erhaltung des Lebens zu. Eigene Versuche, die allerdings nur an 10 Fällen angestellt wurden, konnten von einer Anregung der postoperativen Darmperistaltik durch Peristaltin nicht mit Sicherheit überzeugen.

VII. Sennatin.

Als letztes Mittel zur Anregung der Darmperistaltik sei noch das Sennatin erwähnt, das eine konzentrierte Lösung der Gesamtmenge der wirksamen Substanzen der Sennesblätter enthalten soll. Crédé[176]), der das Mittel klinisch erprobt hat, ist mit seiner Wirkung durchaus zufrieden. In einer Dosis von 1—3 ccm injiziert, bringt es nach seinen Angaben nach 3—4 Stunden peristaltische Bewegungen hervor, die meist zu stürmischem Abgang von Gasen führen. Crédé konnte feststellen, daß bei Bauch- oder Bruchoperierten nach einer Sennatininjektion von 2 g die ersten Blähungen im Durchschnitt 8—10 Stunden früher abgingen als bei nicht mit dem Mittel behandelten Patienten. Er glaubt daher, das Mittel als Prophylakticum der Darmlähmung durchaus empfehlen zu sollen.

Wenn man das Gesamtresultat vorliegender Übersicht betrachtet, so ergibt sich, daß die Frage der postoperativen Peristaltikanregung durch parenteral zugeführte Mittel trotz zahlreicher Versuche noch nicht geklärt ist. Obwohl es stets Fälle geben wird, die sich gegen jede innere Behandlung refraktär erweisen, so sind doch weitere Versuche und Untersuchungen über diesen Gegenstand durchaus wünschenswert.

Literaturverzeichnis.

I. Atropin.

1. Adam, Ein schwerer Obturationsileus durch Atropin und Oleum olivarum gehoben. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 17.
2. Aronheim, Ileus und Atropin. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 33.
3. Baisch, Klinische und experimentelle Untersuchungen über postoperativen Ileus. Beiträge z. Geburtsh. u. Gynaekol. **9**, S. 437.
4. Batsch, Ileus und Atropin. Münch. med. Wochenschr. 1899, Nr. 45.
5. — Ileus und Atropin. Münch, med. Wochenschr. 1899, Nr. 51.
6. — Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 27.
7. Bergmann-Katsch, Über Darmbewegung und Darmform. Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 27.
8. Bofinger, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 17.
9. Czapleski, Zit. nach Offergeld. Archiv f. klin. Chir. **79**, S. 810.
10. Dahlgren, Die Behandlung der Darmlähmung. Zentralbl. f. Chir. 1905, Nr. 15.
11. Demme, Weitere Beiträge zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 48.
12. Dietrich, Noch ein Fall von Ileus, der mit Atropin behandelt wurde. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 8.
13. Festner, Münch. med. Wochenschr. 1899, Nr. 45, S. 1522.
14. Gähtgens, Zur Behandlung des Ileus mit Belladonnapräparaten. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 17.
15. Gebauer, Ein Beitrag zur Kasuistik der Atropinbehandlung des Ileus. Deutsche med. Wochenschr. 1902, Nr. 47.
16. Gebele, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 33.
17. Gebser, Müncher med. Wochenschr. 1899, Nr. 45, S. 1522.
18. Gugnoni, Atropin bei Darmverschluß. Ref. in Deutsche med. Wochenschr. 1904, Nr. 33, S. 1219.
19. Hämig, Chirurgisch nicht zu behandelnder Ileus durch Atropin behoben. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 23, S. 929.
20. Höchtlen, Ein weiterer Fall von Ileus, der mit Atropin behandelt wurde. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 12.
21. Holz, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 48.

22. Homburger, Atropinbehandlung eines Falles von Darmparalyse mit Ileuserscheinungen im Verlaufe einer Meningomyelitis luetica. Münch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 6.
23. Honigmann, Über die Behandlung des Ileus mit Belladonnapräparaten. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. v. inn. Medizin und Chirurgie 1902, Nr. 7 und 8.
24. Katsch und Borchers, Das experimentelle Bauchfenster. Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Ther. **12**, H. 2.
25. Katsch, Pharmakologische Einflüsse auf den Darm (bei physiologischer Versuchsanordnung). Ibidem.
26. Kohlhaas, Zur Behandlung des Ileus mit hohen Atropindosen. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 36.
27. Lupino, L'atropino nell' occlusione intestinale. Ref. in Zentralbl. f. inn. Med. **28**. 1907.
28. Lüttgen, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 48.
29. Marcinowski, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 43.
30. Meyer und Gottlieb, Die experimentelle Pharmakologie als Grundlage der Arzneibehandlung. 2. Auflage. 1911.
31. Middeldorpf, Ein Fall von Ileus mit Atropin behandelt. Münch. med. Wochenschr. 1901. Nr. 17.
32. Münchmeyer, Ein Fall von durch Atropin geheiltem Ileus. Zentralbl. f. Gynaekol. 1902, Nr. 16.
33. Neukirch, Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 33, S. 1337.
34. Ostermaier, Zur Darmwirkung des Atropins. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 49.
35. Oppenheim, VI. Beitrag zur Bekämpfung des Meteorismus. Deutsche med. Wochenschr. 1902, Nr. 13.
36. Pal, Zur Erklärung der Darmwirkung des Atropins mit Rücksicht auf dessen Anwendung beim Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 47.
37. Polak, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Wiener klin. Wochenschr. 1901, Nr. 17.
38. Pritchard, Ein Fall von Darmverschluß durch einen Gallenstein. erfolgreich behandelt mit Atropin. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 33.
39. Prölß, Ileus und Atropin. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 35.
40. Robinson, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Therap. Monatshefte 1901, April.
41. Rothe, Ileusähnliche Erscheinungen infolge krankhaften Darmverschlusses durch Atropin beseitigt. Deutsche med. Wochenschr. 1902, Nr. 8.
42. Rumpel, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Vortrag im ärztl. Verein Hamburg. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 19, S. 770.
43. Russow, Ileus und Atropin. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 40.
44. Scheumann, Münch. med. Wochenschr. 1899, Nr. 45, S. 1523.
45. Schick, Die Atropinkur bei Ulcus ventriculi und die Indikationen des Atropins in der internen Medizin. Wiener klin. Wochenschr. 1910, Nr. 34.
46. Schulz, Geschichtliches zur Behandlung des Darmverschlusses mit Belladonnapräparaten. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 33.
47. — Atropin bei Ileus. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. **13**, H, 5.
48. Simon, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 12.
49. Stark, Ein weiterer Fall von Atropinbehandlung bei Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 5.
50. Traversa, Zit. nach Offergeld. Archiv f. klin. Chir. **79**, S. 810.
51. Weber, Die Atropinbehandlung des Ileus. Deutsche med. Wochenschr. 1902, Nr. 6.
52. Wilms, Der Ileus. Deutsche Chir. **46**, S. 108 f.
53. Zanetti, Der Gebrauch des Atropins bei Darmokklusionen. Gazetta degli osped. 1910, Nr. 45; ref. in Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 44.

II. Strychnin.

54. Bardsley und Hardley, Zit. nach Offergeld. Archiv f. klin. Chir. **79**, S. 810.
55. Grube, Strychnin als Peristaltik anregendes Mittel nach gynaekologischen Operationen in der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gynaekol. 1901, Nr. 25.
56. — Ein weiterer Beitrag zur Bekämpfung des Ileus mittels subcutanen Strychnininjektionen. Zentralbl. f. Gynaekol. 1903, Nr. 17.
57. Jaffé, Ein Beitrag zur Behandlung des Ileus mit subcutanen Strychnininjektionen. Zentralbl. f. Gynaekol. 1903, Nr. 33.
58. Martin-Jung, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. 4. Aufl. 1907, S. 512.
59. Polák, Der Einfluß des Strychnins auf die gastrointestinale Peristaltik. Ref. in Zentralbl. f. inn. Med. 1912, Nr. 25.
60. — Über Strychninpräparate bei Magen- und Darmaffektionen. Wiener klin. Wochenschr. 1910, Nr. 48, Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 7.
61. Pujol, Un cas d'occlusion intestinale traité et guérie par la strychnine à haute dose. Ref. in Jahresber. f. Chir. 1901, S. 635.

III. Physostigmin (Eserin).

62. Arndt, Das Eserin in der Behandlung der postoperativen Darmparalyse. Zentralbl. f. Gynaekol. 1904, Nr. 9.
63. Biermer, Diskussionsbemerkungen, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905, Nr. 26, S. 8321.
64. Craig, Die Verhütung der postoper. Parese und der Adhäsionen. Amer. Journ. of obstetr. 1904, S. 1—8. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905, Nr. 9, S. 276.
65. — Die Nachbehandlung des Leibschnittes mit Eserin. salicyl. New York and Philadelphia med. journ. 1905, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1906, Nr. 15, S. 435.
66. — The prevention and treatment of postoperative intestina obstruction. Journ. of the americ. med. assoc. **49**, Heft 15; Ref. in Zentralbl. f. Chir. 1908, Nr. 5, S. 150.
67. Gòth, Physostigmin bei postoperativem aseptisch-paralytischen Ileus. Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, Nr. 51.
68. Henkel, Moderne Bestrebungen und Herabsetzung der Morbidität nach Operationen. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1908, Nr. 31, S. 1018.
69. Heubner, Pharmakologisches und Chemisches über das Physostigmin. Achiv f. experm. Pathol. u. Ther. 1905, **53**.
70. v. Hippel, Zur Nach- und Vorbehandlung bei Laparotomien. Zentralbl. f. Chir. 1907, Nr. 46.
71. Hirschel, Der heutige Stand der operativen Therapie der akuten diffusen eitrigen Peritonitis. Bruns Beiträge z. klin. Chir. **56**, H. 2.
72. Kraft, Ref. in Zentralbl. f. Chir. 1911, S. 230.
73. Körte, Allgemeines über Bauchoperationen. Handbuch d. prakt. Chirurgie, Bruns, Garré und Küttner. **3**, S. 123. 1913.
74. Krebs, Fall von Ileus im Puerperium, geheilt durch Eserin. Vortrag in der gynaekolog. Ges. Breslau. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905, Nr. 26, S. 834.
75. Kreuter, 2. Tagung der Vereinig. bayr. Chir. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 36.
76. Lampe, Die Anregung der Peristaltik nach Laparotomien wegen Appendicitis mit freier Peritonitis. Zentralbl. f. Chir. 1910, Nr. 2.
77. Lenander, Zit. nach Offergeld. Archiv f. klin. Chir. **79**, S. 810.
78. Loewi und Mansfeld, Über den Wirkungsmodus des Physostigmins. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharm. **62**, S. 180.
79. Mayer, Ref. in Zentralbl. f. Chir. 1911, S. 1684.
80. Moskowicz, Physostigmin wegen gefahrdrohendem Meteorismus. Wiener klin. Wochenschr. 1903, Nr. 22.
81. von Noorden, Das Physostigmin gegen Erschlaffung des Darmes. Berliner klin. Wochenschr. 1901, S. 1057.
82. Noetzel, Die Prinzipien der Peritonitisbehandlung. Bruns Beiträge zur klin. Chir. 1905, **46**, H. 2.
83. Offergeld, Experimentelle Beiträge zur internen Therapie des Darmverschlusses usw. Archiv f. klin. Chir. **79**, S. 810.
84. Pankow, Zur Behandlung der postoperativen Darmparalyse mit Physostigmin. Zentralblatt f. Gynaekol. 1904, Nr. 31.
85. Rubritius, Beiträge zur Pathologie und Therapie des akuten Darmverschlusses. Bruns Beiträge z. klin. Chir. **52**, H. 2.
86. Schiller, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1905, Nr. 26, S. 834.
87. Simon, Zentralbl. f. Chir. 1908, Nr. 17, S. 526.
88. Stössel, Ein Fall von Ileus bei einer Wöchnerin mit glücklichem Ausgang. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1907, S. 608.
89. Traversa, Zit. nach Offergeld, s. d.
90. Uyeno, Der Einfluß des Opiums und Physostigmins auf die Darmnaht. Bruns Beiträge z. klin. Chir. **65**, H. 1.
91. Vineberg, Ref. in Zentralbl. f. Chir. 1907, S. 1510.
92. Vogel, Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage peritonealen Adhäsionen nach Laparotomien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. **63**, S. 296.
93. — Weitere Erfahrungen über die Wirkung der subcutanen Injektion von Physostigmin zur Anregung der Peristaltik. Mitt. a. d. Grenzgeb. **17**, H. 5.
94. — Physostigmin nach Laparotomien. Zentralbl. f. Gynaekol. 1904, Nr. 21.
95. — Physostigmin und Peristaltik. Heilkunde 1908, Nr. 1.
96. — Physostigmin und Peristaltik. Zentralbl. f. Chir. 1911, Nr. 9.
97. Zahradnicky, Die Behandlung des durch Adhäsionen bedingten postoperativen Ileus. Ref. in Zentralbl. f. Chir. 1909, S. 852.

IV. Hormonal.

98. Alberto und Eug. Mac-Bride, Über Hormonal. A Medicina Contemporanea, Lissabon, März 1913.

99. Birrenbach, Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 21.
100. Borchardt, Diskussionsbemerkungen. 40. Chirur. Kongreß. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 20.
101. Bovermann, Über unerwünschte Nebenwirkungen bei Hormonal und Pituitrininjektionen. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 28.
102. Curschmann, Über Erfahrungen mit dem Peristaltikhormon Zuelzer. Vortrag i. ärztl. Kreisverein, Mainz. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 2.
103. Declairfayt, Über Hormonal. Le scalpel et Liège médical. 1912, Nr. 11.
104. Denks, Diskussionsbemerkungen. 40. Chirurgenkongreß. Ref. in Münchner med. Wochenschr. 1911, Nr. 20.
105. — Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 19.
106. Dittler und Mohr, Untersuchungen über die Wirkung des Hormonals. Zeitschr. f. klin. Med. 75, H. 3 u. 4.
107. — — Zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 46.
108. — — Neue Unterscuhungen über das Hormonals . Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir. 25, H. 5.
109. Eason, Hormonal. Edinburgh Med. Journ. 1912.
110. Fornaca, Vortrag auf d. Kongreß f. innere Medizin. Medicina Nuova. Rom 1912, Nr. 44.
111. Forkel, Die Indikationen für die Anwendung des Hormonals (Peristaltikhormon Zuelzer). Münchner med. Wochenschr. 1911, Nr. 35.
112. Frischberg, Über die Nebenerscheinungen bei Hormonalanwendung. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 18.
113. Glitsch, Über die Wirkungsweise des Peristaltikhormons (Zuelzer). Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 23.
114. — Weitere Erfahrungen mit Peristaltikhormon (Zuelzer). Archiv f. Verdauungskrankh. 18, H. 4. Ref. in Zentralbl. f. innere Med. 1912, Nr. 46.
115. Goldmann, Diskussion zu Ungers Vortrag. Ref. in Berliner klin. Wochenschr. 1911, Nr. 11.
116. — Diskussionsbemerkung. 40. Chirurgenkongreß. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 20.
117. Groth, Über die Anwendung des Hormonals in der Chirurgie. Med. Klin. 1912, Nr. 35.
118. Henle, Die Verwendung des Peristaltikhormons in der Chirurgie. Zentralbl. f. Chirur. 1910, Nr. 42.
119. — Bekämpfung der Darmparese mit Hormonal. 40. Vers. d. deutsch. Ges. f. Chirurgie 1911. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 20.
120. Hesse, Über Nebenwirkung des Hormonals. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 14.
121. Hoffmann, Diskussionsbemerkung in d. Bresl. chir. Ges. Ref. in Zentralbl. f. Chir. 1911, S. 314.
122. Jakoby, Die Lehre von den Hormonen und die Möglichkeit der praktischen Verwendung. Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 46.
123. Jaworski, Hormonal. Przeglad Lekarski 1912, Nr. 19.
124. Jungengel, Diskussion auf d. 2. Tagung bayerischer Chirurgen. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 36.
125. Jurasz, Ein Todesfall nach intravenöser Hormonalinjektion. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 22.
126. Kauert, Erfahrungen mit Hormonal bei chronischer Obstipation und paralytischem Ileus. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 17.
127. Kausch, Über Hormonalwirkung. Berliner klin. Wochenschr. 1912, Nr. 19.
128. — Über Hormonaldurchfall. Berliner klin. Wochenschr. 1912, Nr. 34.
129. Kirschner, Demonstration im Verein für wissenschaftliche Heilkunde. Ref. in Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 41.
130. Kleinberger, Unangenehme Begleiterscheinungen nach intramusk. Hormonalinjektionen Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 29.
131. Kretschmer, Zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 9.
132. Lincoln, Hormonal (Peristaltikhormon Zuelzer) und seine Verwendung. New York State Journal of Medicine 1912.
133. Mächtle, Die Hormonaltherapie der chronischen Obstipation. Therap. Monatshefte 1911.
134. Madlener, 2. Tagung bayerischer Chirurgen. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 36.
135. Mohr, Über die Wirkung des Hormonals auf die Darmbewegung. Wiener klin. Wochenschr. 1912, Nr. 20.
136. — Über Hormonalwirkung. Berliner klin. Wochenschr. 1912, Nr. 26.
137. Pfannmüller, Versuche mit dem Peristaltikhormon. Hormonal bei der chronischen habituellen Obstipation. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 43.
138. Pierret und Duhot, Das Peristaltikhormon (Hormonal) bei chron. Obstipation. L'écho médical du Nord, Lille. 1912, Nr. 30.
139. Pilcher, Postoperative Darmlähmung. Long Island med. Journ. 1912 Mai.

140. Plehn, Diskussion zu Ungers Vortrag. Ref. in Berliner klin. Wochenschr. 1911, Nr. 11.
141. Popielski, Die Wirkung der Organextrakte und die Theorie der Hormone. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 10.
142. Quadrone, Klinische Untersuchung über Hormonal. Gaz. degli ospedali 1911, Nr. 125.
143. Rajna, Die Hormontherapie: Einige Versuche mit Hormonal. Gyogyaszat. 1912, Nr. 2.
144. Rehn, Diskussionsbemerkung. 40. Chirurgenkongreß. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 20.
145. Rosenkranz, Hormonalnebenwirkungen. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 17.
146. Saar, Über das Peristaltikhormon (Zuelzer). Med. Klinik 1910, Nr. 11.
147. Sabatowski, Über die Wirkung des Hormonals auf die Darmbewegungen. Wiener klin. Wochenschr. 1912, Nr. 3.
148. Sackur, Experimentelle und klinische Beiträge zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 9.
149. Schönstadt, Über Hormonalwirkung. Berliner klin. Wochenschr. 1912, Nr. 48.
150. Schricker, Der derzeitige Stand der Hormonaltherapie. Wiener klin. therap. Wochenschr. 1913, Nr. 7.
151. Strauß, Diskussion zu Ungers Vortrag. Ref. in Berliner klin. Wochenschr. 1911, Nr. 11.
152. Szénássy, Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, Nr. 28, S. 1040.
153. Unger, Zur Anwendung des Hormonals (Zuelzer). Vortrag ref. in Berliner klin. Wochenschr. 1911, Nr. 11.
154. Voigt, Zur Kenntnis der Nebenwirkung des Hormonals bei seiner intravenösen Injektion. Therap. Monatshefte 1912.
155. Wolf, Unerwünschte Nebenwirkungen der Hormonaltherapie. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 20.
156. Zuelzer, Dohrn und Marxer, Spezifische Anregung der Darmperistaltik durch intravenöse Injektion des Peristaltikhormons. Berliner klin. Wochenschr. 1908, Nr. 46.
157. Zuelzer, Die Hormontherapie, das Peristaltikhormon Hormonal. Therapie der Gegenwart 1911, Maiheft.
158. — Über Heilung der chronischen Obstipation und der akuten Darmlähmung durch das das Peristaltikhormon. Med. Klin., 1910, Nr. 11.
159. — Diskussionsbemerkung auf dem 40. Chirurgenkongreß. Ref. in Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr. 20.
160. — Zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 13.
161. — Über Kollapswirkung des Hormonals. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 26.

V. Hypophysenpräparate (Pituitrin u. ä.).

162. Bell, The pituitry body and the therapeutic value of the infundibular extract. The Brit. med. Journ. Dezember 1909. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 12.
163. Foderà, zit. nach Franchini s. d.
164. Franchini, Die Funktion der Hypophyse und die Wirkung der Injektion ihres Extraktes beim Tier. Berliner klin. Wochenschr. 1910, S. 613.
165. Jaschke, Pituitrin als postoperatives Tonicum mit besonderer Berücksichtigung der Blasenfunktion. Münch. med. Wochenschr. 1912, S. 1661.
166. Klotz, Über die therapeutische Anwendung von Pituitrin (Hypophysenextrakt) mit besonderer Berücksichtigung seiner blutdrucksteigernden Komponente. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 21.
167. — Pituitrintherapie bei Peritonitis. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 38.
168. — Über Peritonitisbehandlung mit Hypophysenextrakt. Festschrift des 6. internat. Gynaekologenkongresses 1912.

VI. Peristaltin.

169. Béchamp, Contribution à l'étude des agents thérapeutiques agissant sur la motricité intestinale usw. Le progrès médicale 1912, Nr. 46.
170. Brauer, Über Peristaltin. Demonstration i. ärztl. Verein zu Marburg. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 34.
171. von Brunn, Über den Wert des Peristaltins für die Nachbehandlung Bauchoperierter. Zentralbl. f. Chir. 1913, Nr. 12.
172. Koch, Erfahrungen über die Behandlung des postoperativen Meteorismus mit Peristaltin und Physostigmininjektionen. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 40.
173. Linel, Etude de la Peristaltine. Thèse de Lyon 1912.
174. Massalongo e Piazza, Dei purganti per via ipodermica: La Peristaltina. Fracastoro Gaz. med. Veronese. Anno VIII, Nr. 8, 1912.
175. Pietsch, Über Peristaltin. Therap. Monatshefte 1910, Nr. 1.

VII. Sennatin.

176. Crédé, Über ein neues, subcutanes und intramuskuläres Abführmittel. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 52.

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Velden, Reinhard von den: Zur Lehre vom Infantilismus. (*Med. Klin., Akad. Düsseldorf.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 393—399. 1913.

Der 80. Geburtstag W. A. Freunds gibt dem Verf. die Veranlassung zu einer rückblickenden wie vorwärtsschauenden Studie über die Konstitutions- und Dispositionslehre, für welch erstere namentlich Freund vor mehr als 50 Jahren die Grundlage mitgeschaffen hat. Der weitere Ausbau der Lehre wird erfolgen müssen in der Zusammenfassung der verschiedenen Arbeitsrichtungen, nicht aber in gesonderter ätiologischer oder klinischer Forschung in Form der Festlegung besonderer Krankheitsbilder. Denn die Veränderungen an den einzelnen Organen sind aufzufassen als die verschiedenen Erscheinungsformen einer krankhaften Konstitution, des Infantilismus, bei dem der ganze Organismus oder bestimmte Teile eines Organsystems auf irgendeiner früheren Entwicklungsstufe stehengeblieben sind. Zusammenarbeiten des Psychologen mit innerem Mediziner wichtig, da die physiologische Breite sehr variabel ist und psychogene Hemmungen wie Förderungen weitgehendsten Einfluß ausüben können. Die Frage der Weitervererbung bestimmter Infantilismen soll mit Hilfe der biologischen Familienforschung der Lösung nähergebracht werden. Schließlich soll sich die Forschung befassen mit dem nicht erkrankten, heranwachsenden Individuum, um das erste Auftreten morphologischer wie funktioneller Hemmungen zu erfassen und eine entsprechende Prophylaxe zu ergreifen. (Schulärzte — Fabrikärzte.) *Graeupner* (Bromberg).

Küstner, Otto: Pseudohermaphroditismus femininus externus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 3, S. 816—825. 1913.

Knochenbau, Gesichtsausdruck, Behaarung, Mammae sind männlich. Die Geschlechtsorgane zeigen ein penisartiges, unperforiertes Geschlechtsglied, eine unentwickelte, nach oben stenotische Vagina und einen myomatös degenerierten Uterus. Die Uterusschleimhaut ist nur dürftig entwickelt. Dagegen sind die Tuben völlig normal gebildet. An den Ovarien fällt die Spärlichkeit der Primärfollikel und das Fehlen von Corpora lutea auf, während Corpora albicantia vorhanden sind. *Jaeger* (Leipzig).

Baldwin, J. F.: Dysmenorrhea from imperfect development of the uterus or malformation. (Dysmenorrhöe auf Grund von schlechter Entwickelung oder Mißbildung des Uterus.) Med. rec. Bd. **84**, Nr. 11, S. 480—481. 1913.

Viele Fälle von Dysmenorrhöe, die jeder Behandlung trotzen, beruhen auf einer mangelhaften Entwickelung des Uterus, oft läßt sich dieselbe erst durch die mikroskopische Untersuchung feststellen. Verf. hat viele solche Fälle operiert. Er berichtet über zwei Fälle, von denen der erste typisch, der zweite durch die seltene Mißbildung ausgezeichnet ist. — Beide Patienten wurden nachuntersucht und sind beschwerdefrei.

1. 24jährige Lehrerin war durch exzessive Schmerzen während und nach der Menses in ihrer Berufstätigkeit stark beschränkt. Bimannelle Untersuchung ergab normalen Befund. In Narkose wurde gefunden, daß kein mechanisches Hindernis und keine Endometritis besteht. Bei der Eröffnung des Abdomens fand man den Uterus etwas kleiner als normal, sonst keine Veränderungen. Totalexstirpation und Appendektomie, das rechte Ovarium wurde erhalten. Die mikroskopische Untersuchung ergab infantile Struktur des Uterus und völliges Fehlen der drüsigen Elemente, deren Gewebe durch Bindegewebsfibrillen ersetzt war. 2. Bei 19jähriger Patientin waren während der Menses, die 3—4 Tage dauerten, die Beschwerden nur gering, sehr heftige Schmerzen in linker Seite mit Übelkeit und Erbrechen setzten regelmäßig sofort nach Aufhören der Blutung ein und hielten 8 Tage lang an. Wiederholte ärztliche Konsultationen waren erfolglos. Bimanuelle Untersuchung war wegen Enge der Genitalien schwierig, der Uterus war nach links nicht deutlich begrenzt, schien sich in eine diffuse Masse fortzusetzen. In Narkose Dilatation und Abrasio mit sehr geringem Ergebnis, die Curette wich immer nach der rechten Seite ab. Laparotomie: Uterus bicornis, die rechte Hälfte entsprach einem normalen Uterus, während die linke einen rundlichen Tumor darstellte, von welchem die Tube als bindegewebiger Strang ohne Fimbrienende abging. Ovarien waren beiderseits normal. Supravaginale

Totalexstirpation und Appendektomie, die Ovarien wurden erhalten. Das linke Horn hatte eine rundliche, mit Blutgerinnseln gefüllte Höhle, die weder mit der Cervix, noch mit der Tube kommunizierte, die Wandung war ca. 2 cm dick, das Endometrium zeigte mikroskopisch keine Veränderungen. Die Erscheinungen waren durch den Befund völlig erklärt. *Ruhemann.*

Witas, P.: Sur les rapports de l'ovulation et de la menstruation. (Constatations faites au cours de deux laparotomies.) (Über die Verhältnisse der Ovulation mit der Menstruation. [Während zwei Laparotomien beobachtete Tatsachen.]) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 36, S. 709—710. 1913.

Von zwei operierten Frauen hat die erstere noch ihre Perioden. Ein Eierstock zeigt noch die rote erhabene Narbe eines Graafschen Follikels. Die zweite Frau erwartet ihre Regel in 6—7 Tagen. Der Eierstock zeigt einen wundervollen, nußgroßen, im blühenden Zustande befindlichen Follikel. Die Menstruation würde also der Abort eines Eies sein. *R. Chapuis.*

Laffont: Typhus exanthématique. Insuffisance ovarienne et stérilité consécutive. (Flecktyphus, danach Ovarieninsuffizienz und Sterilität.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 2, S. 61—62. 1913.

29jährige Patientin hatte mit 17 Jahren einen schweren Flecktyphus. Seitdem vollständiges Versiegen der bis dahin regelmäßig und schmerzfrei gewesenen Menses, ferner starker Fettansatz, unangenehme Wallungen und Hitzegefühl. Fünfjährige Ehe steril. Genitalbefund dabei ganz normal.

Bei Flecktyphus bisher, als Einfluß auf das weibliche Genitale, sonst nur Metrorrhagien während der Dauer der Infektion und häufiges Auftreten von Aborten bekannt. *Moos* (Breslau.)

Shaw, J. C.: Pelvic pain and backache in women. Based on reports of two hundred cases. (Schmerzen im Becken und im Rücken bei Frauen; Erfahrungen an 200 Fällen.) Internat. journal of surg. Bd. **26,** Nr. 7, S. 254 bis 256. 1913.

Schmerzen im Rücken sind bei Frauen ungemein häufig; es müssen die funktionellen von den durch organische Veränderungen bedingten Beschwerden getrennt werden. Wichtig ist eine genaue Anamnese, eine klinische Beobachtung und in gewissen Fällen Untersuchung in Narkose; letztere ist nach Kelly angebracht 1. wenn nach regelrechter bimanueller Palpation noch Zweifel bestehen, 2. bei großer Empfindlichkeit, 3. wenn eine langdauernde erfolglose Behandlung vorangegangen, 4. in allen Fällen nicht zu ausgedehnter Pelveoperitonitis, 5. immer bei Unverheirateten. — Das Versorgungsgebiet der sensiblen Beckennerven reicht vom 11.—12. Dorsalnerven abwärts. Chronische Obstipation mit sekundären Anämien, nervösen Störungen, Hämorrhoiden, Fissuren, retrovertierte flektierte Uteri, Cervixrisse machen Schmerzen; letztere besonders bei erneuter Gravidität. Auch akute Infektionen, wie Masern kommen in Frage. — Die Therapie muß eine kausale sein; sicherlich wird heutzutage bei der hohen Ausbildung der Technik zu oft chirurgisch eingegriffen. *Rittershaus* (Koburg).

Sellheim, Hugo: Über den Geschlechtsunterschied des Herzens. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre Bd. **1,** H. 2, S. 162—175. 1913.

Neusser, Edmund v.: Über Anämien. Vortrag 2. Herz und Chlorose. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 40, S. 1601—1607. 1913.

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Hausmann, Theodor, Über die einfachste Gramfärbungsmethode. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 22, S. 1021. 1913.

Hausmann empfiehlt statt des Anilinwassergentianavioletts 1% wässerige Gentiana violett über Fließpapier auf Deckglas oder Objektträger zu tropfen. *Aschheim.*

Golanitzky, J.: Über Transplantationsversuche an farbstoffgespeicherten Tieren. *(Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.)* Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **24,** Nr. 18, S. 809—811. 1913.

Carrel, Alexis, Neue Untersuchungen über das selbständige Leben der Gewebe und Organe. *(Laborat. d. Rockefeller-Inst. f. med. Forsch. New York.)* Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 24, S. 1097—1101. 1913.

Schickele, G.: Der Einfluß der Ovarien auf das Wachstum der Brustdrüsen. Beiträge zur Lehre der inneren Sekretion. (*Univ.-Frauenklin., Straßburg i. E.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 332—361. 1913.

Schickele berichtet über Fälle von Anschwellung der Brustdrüsen bei neugeborenen Mädchen, von fötaler Menstruation, über die Brustentwicklung bei kleinen Mädchen verschiedener Gesellschaftsklassen, über menstruelle Schwellung der Brüste, blutige Absonderungen aus denselben, über einen Fall von Menstruation während der Schwangerschaft, über den Einfluß der Kastration auf die Entwicklung und Sekretion der Brustdrüsen, über die Atrophie der Brustdrüsen nach der Kastration, über eigene und fremde Tierversuche mit Auszügen aus dem Corpus luteum, aus der Placenta und aus Hoden; ferner über die Glande myométriale, über die Möglichkeit, durch Anlegen eines Säuglings an die Brust einer Erstgebärenden am Ende der Gravidität eine Milchsekretion in Gang zu bringen, über Anschwellung der Brustdrüsen nach der Kastration sowie über Ausfallserscheinungen. „Die Bedeutung des Ovariums und in mancher Hinsicht auch des Corpus luteum für das Wachstum der Brustdrüse dürfte soweit gesichert sein, als dies augenblicklich möglich ist; das vikariierende Eintreten anderer innersekretorischer Drüsen hat eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich, bedarf aber noch weiterer Beweise." *Hofstätter* (Wien).

Bandler: The ductless glands in relation to gynecological conditions. (Die Bedeutung der Drüsen ohne Ausführgang für die Gynaekologie.) (Med. soc., New York, meet. 21. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 3, S. 572—575. 1913.

Die Drüsen mit innerer Sekretion stehen in engster Beziehung zur körperlichen und vor allem sexuellen Entwicklung. Thyreoidea und Hypophysis kontrollieren in gewissem Grade die Entwicklung und Funktion der Ovarien. Frühe genitale Reife geht mit vorzeitiger Epiphysenverknöcherung und geringer Körpergröße einher, verspätete Geschlechtsentwicklung führt umgekehrt zu großer Statur. Hypersekretion der Hypophyse nach Wachstumsabschluß erzeugt Akromegalie, verminderte Tätigkeit bei Frauen Fettsucht. Die Stärke der Menstruation hängt von der Ovarialsekretion ab; Fehlen derselben bedingt die Beschwerden der Wechseljahre. In vielen Fällen von Neurasthenie und Hysterie kommen Sekretionsanomalien der Schilddrüse in Frage. Ovar und Schilddrüse müssen in gleich starker Weise atrophieren, damit die Beschwerden der Menopause möglichst gering sind. *Rittershaus* (Coburg).

Allgemeine Diagnostik:

MacGregor, Murdock: The early diagnosis of cancer. (Die Frühdiagnose des Krebses.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 16, S. 445—446. 1913.

Kolischer, G.: Mid-operative diagnosis in urologic operations. (Diagnose während der Operation bei urologischen Operationen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 3, S. 174—176. 1913.

Die Diagnose während der Operation ist von großer Wichtigkeit, weil das operative Vorgehen oft den erst bei der Operation entdeckten Verhältnissen angepaßt werden muß. Verf. weist in diesem Sinne auf die Verhältnisse bei der Urethrotomie, der Epididymotomie, der Prostatektomie, bei Blasentumoren hin, wo häufig erst der bei der Operation erhobene Befund die Art des Eingriffes bestimmt. Für Stellung einer exakten Diagnose nach Freilegung der Niere empfiehlt er die bimanuelle Untersuchung des Organs, die bei Infektionen die Lokalisation der Herde erkennen läßt. Bei Steinen soll die bimanuelle Untersuchung nach Einführung eines Fingers in das eröffnete Nierenbecken ausgeführt werden. *Colmers* (Koburg).

Holst, L. v.: Über die Lagebestimmung von Fremdkörpern mit Hilfe des Stereo-Röntgenverfahrens. (*Städt. Obuchow-Krankenh., St. Petersburg.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **86,** H. 2/3, S. 419—425. 1913.

Pinkham, Edward W.: The value of a more accurate diagnosis in gynecology. (Der Wert einer exakteren gynaekologischen Diagnose.) (New York acad.

of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 565—568. 1913.

Es bedarf vor allem neben einer genauen Anamnese und Lokaluntersuchung einer Aufnahme des gesamten Körperstatus einschließlich der Blutuntersuchung. Die Ursache des Schmerzes ist nach Verf. in einer Überdehnung der Gewebe durch Blut, Serum, Eiter oder eine andere Substanz zu suchen; es liegt also, wenn an einer bestimmten Stelle über Schmerzen geklagt wird, dort eine Erkrankung vor; man ist bei Frauen ja leicht geneigt, Klagen über Schmerzen an anderen Punkten mit den Beckenorganen in Beziehung zu bringen. — Eine 38jährige Frau klagte seit langem über Schmerzen in der rechten Unterbauchseite, einwärts von der Spina ant. sup. und zuweilen auch über Schmerzen in der Nabelgegend; nach vergeblichen operativen Eingriffen an den Genitalien wurde Appendicitis und Gastroptose festgestellt, und die Patientin durch die entsprechende operative Therapie geheilt. Im Appendix war ein Carcinom. — Bei einer anderen Patientin, die verschiedene gynaekologische Eingriffe ohne Erfolg durchgemacht hatte, konstatierte man eine rechte Wanderniere, nach deren Beseitigung die Beschwerden schwanden. — Bei einer dritten Patientin, die über Schmerzen in der Nabelgegend klagte, Spuren Albumen und Indican hatte, wurden Gallensteine diagnostiziert; auch hier waren erfolglose gynaekologische Eingriffe vorangegangen. *Rittershaus* (Koburg).

Allgemeine Therapie:

Engelhorn, E.: Über den derzeitigen Stand der Strahlentherapie in der Gynaekologie. (Auf Grund der Verhandlungen des 15. Gynaekologenkongresses zu Halle a. S.) Strahlentherapie Bd. 3, H. 1, S. 216—225. 1913.

Verf. gibt einen kurzen Überblick über die Hallenser Verhandlungen auf dem Gebiete der Strahlentherapie, wobei er gutartige und bösartige Erkrankungen des Genitales gesondert bespricht. *Lohfeldt* (Hamburg).

Kreuzfuchs, Siegmund, Zur Frage der Röntgenbehandlung in der Gynaekologie. (*Frauenkrankeninst., Charité, Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. 63, Nr. 24, S. 1482—1484. 1913.

Hinweis auf die guten Erfolge mit Röntgenstrahlen bei Menorrhagien und Metrorrhagien. Bei Myombestrahlungen sind vor allem Adnexerkrankungen auszuschließen. Auffallend ist bei Röntgenbestrahlungen die zuerst in die Erscheinung tretende Besserung des Allgemeinbefindens. Manchmal treten noch starke Blutungen nach bereits abgeschwächten Blutungen und Verkleinerung des Tumors auf. Aus seinen Beobachtungen schließt Verf. auf eine außerordentlich röntgenempfindliche, auf das Allgemeinbefinden einwirkende Substanz neben einer weniger röntgenempfindlichen auf die Menstruation einwirkenden Substanz im Ovarium. Bezüglich der Frage, wann die Bestrahlungen vorgenommen werden sollen, entscheidet er sich für die prämenstruelle Applikation.

Technik: Kompressionsblende 8: 6 cm; 3 mm Alum.-Filter, Fokus-Hautdistanz 20—22 cm; Röhrenhärte: 10 Wehnelt, Messung nach Sabouraud unter 2 mm Aluminium. Sorgfältiger Hautschutz. Bestrahlung von 3 bzw. 8 Hautstellen mit je $^3/_4$ Volldosen und 4 wöchentlicher Pause. *Borell* (Düsseldorf).

Seuffert, von, Die Erfahrungen der Königl. Universitäts-Frauenklinik München (Doederlein) mit dem Mesothorium und Röntgenbehandlung der Uteruscarcinome. Strahlentherapie Bd. 2, H. 2, S. 729—732. 1913.

Röntgentechnik: Induktor, Rythmeur, Müllerröhre mit Dauerkühlung, 5 M. A. Belastung, Aluminiumfilter von 3 mm; Röhrenhärte 9—10 Wehnelt. Zur vaginalen Bestrahlung Bleigasspekula. Dosierung nach Kienböck. Fokus-Tumorabstand bei der vaginalen Bestrahlung etwa 30 cm. Bestrahlungsdauer per vag. etwa $1^1/_2$ Stunden, die in dieser Zeit verabfolgte Dosis 180—200 x. Dazu kommen noch äußere Serien. Flache Mesothoriumkapseln zu 10 und 20 mgr werden möglichst in den Krater eingelegt und die Strahlen event. mit Staniol oder Blei gefiltert. An 2 Fällen zeigt Verf., welch günstigen Einfluß die so durchgeführte kombinierte Röntgen-Mesothorium-Behandlung hatte. Von vorübergehenden Störungen an den bestrahlten Stellen wurden weiße Schorfe beobachtet, ferner ein Sinken der Leukocytenzahl und schließlich 1 bis 2 tägige Temperatursteigerungen.

Von einer Heilung kann noch nicht gesprochen werden, wohl aber können bei inoperablen Fällen Blutung und Jauchung beseitigt, operable Fälle können in sehr vorteilhafter Weise für die Operation vorbereitet werden. *Borell* (Düsseldorf.)

Schlichting, Rich. Friedr.: Röntgenstrahlen in der Gynaekologie. Reichs-Med.-Anz. Jg. 38, Nr. 15, S. 452—455. 1913.

In Form eines Sammelreferates werden verschiedene neuere französische und deutsche Arbeiten erwähnt, die alle schon einzeln in diesem Zentralblatt referiert sind. *Borell.*

Seuffert, von, Über gynaekologische Röntgentherapie. (*Kgl. Univ.-Frauenklin., München.*) Strahlentherapie Bd. 2, H. 2, S. 714—728. 1913.

In Form eines Vortrages wird zuerst die Entwicklung der Röntgentherapie in der Gynaekologie geschildert. Dann folgt eine ausführliche Beschreibung der Röntgentechnik der Münchener Klinik.

Abgesehen von einem alten Instrumentarium, bestehend aus Rythmeur und Induktor, wird jetzt hauptsächlich mit unterbrecherlosen Apparaten gearbeitet. Müller-Rapid- und Penetransröhren, Milliampèremeter, Wehnelt-Kryptoradiometer, Bauer-Qualimeter, Belastung mit 5 bzw. $2^1/_2$ M. A. Röhrenhärte 9—10 Wehnelt, Fokus-Hautdistanz 18,5 bzw. 13,5 cm, 3 mm Aluminiumfilter, zur Aufnahme der Sekundärstrahlen 4fache Lage Satrappapier, für vaginale Bestrahlung Bleiglasspekula. Im Durchschnitt werden 20 Felder bestrahlt. Messung nach Kienböck 200 bis 300 X pro Serie. Applikation jeder Serie möglichst nach Schluß einer Periode, zwischen 2 Serien 3 Wochen Pause. Hautschutz.

Es folgt weiter eine Besprechung der Einwände, die dieser Bestrahlungsart von ihren Gegnern gemacht wurden: zu viele Felder, zu starkes Filter, Verbrennungsgefahr, Spätwirkungen, Röntgenkater, Ausfallserscheinungen. Die häufig infolge hochgradiger Anämie nach den ersten Serien auftretenden starken Blutungen können durch eine möglichst große erste Serie vermieden werden. Vorzüge einer derartigen Röntgentherapie sind: Abkürzung der einzelnen Strahlenserien, zeitliche Abkürzung der ganzen Behandlung. Dauer der Behandlung in der Münchener Klinik bis zur Amenorrhöe etwa 6 bis 8 Wochen. Wenn Blutung länger dauert, bietet die Röntgenbehandlung unter Umständen ein diagnostisches Mittel zur Erkennung einer malignen Entartung. Zum Schluß folgt eine Tabelle, in der die Resultate der Münchener Klinik bezüglich der mit Röntgenstrahlen behandelten Myome zusammengestellt sind.

Borell (Düsseldorf).

Haendly, Paul: Anatomische Befunde bei mit Mesothorium und Röntgenstrahlen behandelten Carcinomen. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. 100, H. 1, S. 49—69. 1913.

Entsprechend der Dauer der Behandlung der Fälle fanden Bumm und Verf. an fortlaufenden Probeexcisionen Abnahme des Carcinoms, Zugrundegehen der Carcinomzellen, daneben Veränderungen des Bindegewebes im Sinne einer Sklerose, ferner Veränderungen an den Gefäßen.

Verf. berichtet jetzt über 5 Fälle, bei denen er ein Bild von der bis jetzt erreichten Tiefenwirkung geben kann. 3 Praeparate sind operativ, 2 durch die Sektion gewonnen. Mikroskopisch hat sich hierbei folgender Befund ergeben. — In den vor der Operation bestrahlten Fällen ist es zu einer oberflächlichen Necrose gekommen, daneben deutliche Veränderungen an den Carcinomzellen, jedoch liegen untergehende Zellen neben noch lebensfrischen; die Wirkung ist keine gleichmäßige. Ein Einfluß auf die hypogastrischen Drüsen fehlt. Die Sektionsfälle sind noch ausgiebiger bestrahlt worden; trotzdem fanden sich in der Wand der Höhlen noch Zellnester. Diese Zellen sind zwar nicht lebensfrisch, doch ist auch das umliegende Gewebe so schwer geschädigt, so daß die Tiefenwirkung nicht recht beurteilt werden kann.

Zusammenfassend kommt Haendly zu dem Schluß, daß die Tiefenwirkung keine gleichmäßige und keine genügende ist, um das Carcinom in der Tiefe sicher zu vernichten. Vielleicht wird das durch starke Filterung möglich sein, ohne das gesunde Gewebe zu schädigen. *Heimann* (Breslau.)

Kailan, A.: Über die chemischen Wirkungen der Strahlen radioaktiver Körper. Radium in Biol. u. Heilk. Bd. 2, H. 9, S. 257—271 u. H. 10, S. 289—304. 1913.

Gerlach: Die Behandlung des Krebses mit Röntgenlicht und Mesothorium. Dtsch. militär-ärztl. Zeitschr. Jg. 42, H. 18, S. 699—703. 1913.

Sammelreferat.

Ryerson, George Sterling, and S. Edin: Some experiences with radium. (Einige Erfahrungen mit Radium.) Americ. practitioner Bd. 47, Nr. 9, S. 472—474. 1913.

Latzko, W., und H. Schüller: Zur Radiumbehandlung des Krebses. (*Bettina-Stiftungspavillon.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 39, S. 1541—1546. 1913.

Beschreibung von 7 Fällen von malignen Genitaltumoren, die der Radiumbestrahlung unterworfen wurden. Es wurden im allgemeinen nur kleine Dosen (20—60 mg Radium) verwendet. In 3 Fällen war ein deutlicher Einfluß der Radiumbestrahlung auf die Tumormassen selbst unverkennbar. Eine Besserung des Allgemeinbefindens wurde fast stets erreicht. Bei einem Fall von mannsfaustgroßem carcinomatösem Ovarialtumor hat sich die Geschwulst in relativ kurzer Zeit enorm verkleinert.

In wiederholt vorgenommenen Probeexcisionen aus den Tumoren nach der Radiumbestrahlung konnten die Verf. die von andern Autoren festgestellten mikroskopischen Veränderungen im wesentlichen bestätigen: 1. Entzündung und Nekrose an der bestrahlten Oberfläche; 2. Degeneration der Neoplasmazellen bis zu vollständiger Resorption; 3. Zunahme des Bindegewebes und Gefäßveränderungen. Das Radium wirkt unterhalb eines gewissen Schwellenwertes als Reiz, oberhalb desselben als Gift auf alle Zellen. Operable Fälle sollen nur dann operationslos behandelt werden, wenn die besonderen Umstände des Falles die primäre Mortalität der Operation so hoch erscheinen lassen, daß das Risiko der Radiotherapie (durch Versäumnis der Operationsmöglichkeit) demgegenüber nicht zu hoch erscheint. Bei inoperablen Fällen ist das Radium imstande, eine bisher für unmöglich gehaltene Besserung, die nach verläßlichen Angaben aus der Literatur an Heilung grenzen kann, zu erzielen. Zur Erreichung solcher Resultate gehört allerdings die möglichst lange Anwendung möglichst hoher Dosen. *Hirsch.*

Serdini de Mari, G., ed A. de Leva: Il radio nella terapia. (Radium in der Therapie.) Gazz. med. lombarda Jg. **72,** Nr. 25, S. 193—196, Nr. 27, S. 209 bis 212, Nr. 28, S. 218—222 u. Nr. 32, S. 249—250. 1913.

Im ersten Teil der Arbeit werden das Radium und die radioaktiven Substanzen in seinen Anwendungsformen, wie Bäder, Inhalationen usw., besprochen, sowie das Gebiet ihrer Anwendung, sein physikalisches Verhalten, die Durchdringbarkeit der Materie für die Strahlen. Die Wirkung der α- und β-Strahlen soll ähnlich der der Röntgenstrahlen sein, die γ-Strahlen finden keinen Vergleich in der Therapie. Die Wirkung der Radioaktivität ist so mannigfach, daß sie bei den verschiedensten Krankheitsformen zur Anwendung kommen kann. In der Therapie sind besser große Dosen als kleine zu verwenden. In seiner späteren Arbeit wird eine ausführliche Besprechung der Apparate und deren Anwendung in Aussicht gestellt, besonders für chronische Otitis und Schwerhörigkeit, Menièreschen Schwindel, auch Neurasthenie mit gastrischen und kardialen Störungen. *Berberich* (Karlsruhe).

Merkblatt 1913 der D. R. G. über den Gebrauch von Schutzmaßregeln gegen Röntgenstrahlen. Zeitschr. f. Röntgenkunde Bd. **15,** H. 6, S. 187—188. 1913.

Der Verbrennungsgefahr wegen sind genügende Schutzvorrichtungen gegen die Einwirkung der Röntgenstrahlen unbedingt erforderlich. 2 mm dickes Blei, 8 mm dicker Bleigummi oder 10—20 mm dickes Bleiglas schützt genügend. Blei ist seiner Giftigkeit wegen mit einem Deckmaterial zu bekleiden. Am besten Röhrenschutzkasten und Schutzhütte. Möglichst entfernt von der Röhre arbeiten! Auch Messinstrumente sind in genügender Weise mit Bleiglas zu versehen. Prüfung durch das Röntgenpersonal selbst. Das Personal hat Anspruch auf die Durchführung genügender Schutzvorrichtungen und darf niemals als Versuchsobjekt zu Beurteilung des Röntgenbetriebes verwandt werden. *Borell* (Düsseldorf).

Corbett, Dudley: A method of standardising the tints given by the Sabouraud-Noiré pastille. (Eine Methode zur Feststellung der Farbentöne der Sabouraud-Noiré-Pastillen.) Brit. journal of dermatol. Bd. **25,** Nr. 8, S. 249 bis 253. 1913.

Verf. beschreibt ein colorimetrisches Verfahren, das ermöglicht stets den Teinte B (Farbe der Erythemdose) exakt zu erkennen. *Dorn* (Kempten).

Schütze, J.: Über das Luftkühlrohr „Stabil". (*Inst. v. Dr. Immelmann, Berlin.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20,** H. 5, S. 509—511. 1913.

Die Radiologie-Gesellschaft Berlin verfertigt unter Verbesserung des Luftkühlprinzips eine neue Röntgenröhre „Stabil". Die Röhre wurde im Immelmannschen Institut Berlin

auf ihre Leistungsfähigkeit geprüft und entsprach hier ganz und gar den hohen Anforderungen. Ihre Vorzüge sind: absolute Konstanz auch bei langer Belastungszeit infolge der intensiven Kühlwirkung, Einfachheit der Handhabung gegenüber den Wasserkühlröhren, ausgezeichnete Bildqualität und lange Lebensdauer. *Borell* (Düsseldorf).

Hett, J. E.: The treatment of cancer by fulguration. (Krebsbehandlung mit Fulgurisation.) Canada lancet Bd. **16,** Nr. 12, S. 897—900. 1913.

Die Fulgurisation ist eine Methode der Krebsbehandlung, welche die chirurgische nicht verdrängen, sondern unterstützen will. Die von Dr. de Keating Hart, Paris, angegebene und vom Verf. geübte Methode der Fulgurisation ist verschieden von andern mit elektrischen Strömen vorgenommenen Behandlungsmethoden, wie Kauterisation mit hochfrequenten, teils hoch, teils niedrig gespannten Strömen, Austrocknung, Diathermie und Elektrokoagulation. Der Terminus technicus „Fulgurisation" sollte nur angewandt werden bei langen Funken, erzeugt von hochfrequenten, hochgespannten Strömen, deren Funkenwirkung sich nicht auf das Neoplasma, sondern auf den Boden erstreckt, auf dem es wächst, und zwar führt die Fulgurisation selbst bei ungeeigneter chirurgischer Operation zu unleugbaren Resultaten, die vielleicht nicht hinreichend, aber dennoch sicher festzustellen sind; der Tumor selber wird dabei nicht verändert, wohl aber die ihn bildende, bzw. ernährende Umgebung. Experiment und klinische Erfahrung geben verständliche Erklärung der Vorgänge ab. Der Fulgurisation voranzugehen hat die exakte chirurgische Totalexstirpation der Geschwulst, erstere wird beim narkotisierten Patienten an der noch nicht zugenähten Wunde vorgenommen, und zwar wird z. B. auf 10 qcm Wundfläche 10 Minuten lang mit Funkenlänge 10—12—15 cm fulgurisiert (Minimum 8 cm), Kauterisation der Wunde muß verhindert werden durch stetiges Bewegen der Elektrode und Zufuhr eines Luftstromes gegen die Wundfläche durch ein besonderes Rohr neben der Elektrode. Gute Drainage muß folgen. Verf. erwähnt neben guten Erfolgen, die de Keating Hart angibt und für die $7^1/_2$ Monate bis 2 Jahre Beobachtungszeit vorliegen, zwei eigene Fälle von Epitheliom der rechten Wange und von Ulcus rodens der Nase, die durch Fulgurisation nach vergeblich anderweiter Behandlung zur Heilung gekommen sind, und verspricht sich Gutes von dieser Behandlungsmethode bei malignen Geschwülsten. *Lohfeldt.*

Kottmann, K.: Über intravenöse Therapie. Schweiz. Rundschau f. Med. Bd. **13,** Nr. 24, S. 985—1006. 1913

In einem klinischen Vortrag werden dem Praktiker die Vorzüge und Eigenheiten der intravenösen Therapie unter Berücksichtigung der theoretischen Grundlagen dargestellt, besonders an den Beispielen der Zirculationsmittel, des kolloidalen Silbers und des Salvarsans. *Moos* (Breslau.)

Mayor, A., et B. Wiki: Un principe actif de l'ergot de seigle, la paraoxyphényléthylamine. (Ein aktives Prinzip des Mutterkorns, das Paroxyphenyläthylamin.) Rev. méd. de la Suisse rom. Jg. **33,** Nr. 9, S. **661** bis 673. 1913.

4 wirksame Substanzen sind im Mutterkorn nachgewiesen, das Ergotinin, das Ergotoxin, das β-Imidozolyläthylamin und das p-Oxyphenyläthylamin. Experimentelle Studien dieser letzteren Substanz ergaben, daß es wenig toxisch bei den Laboratoriumstieren wirkt. In schwacher Dosis wirkt es kardiotonisch und vasokonstriktorisch; letzteres durch Einwirkung auf die peripheren Apparate des vasokonstriktorischen Systems. Ebenso wirkt es kräftig auf die Uterusbewegungen ein. In sehr starker Dosis erzeugt es Krämpfe und bewirkt Herzstillstand. Seine chemische Verwandtschaft mit dem Adrenalin legt die Vermutung nahe, daß seine Wirksamkeit sich der des Adrenalins nähert; die Experimente haben es als eine Art von schwächerem Adrenalin kennen gelernt, abgesehen von einigen individulleen Eigenschaften, welche diesem nicht zukommen. *Frankenstein* (Köln).

Jordan, Anson: Report on urinary antiseptics. (Bericht über Harnantiseptica.) British med. journal Nr. **2750,** S. 648—654. 1913.

Die Arbeit enthält Untersuchungen über die antiseptische Wirkung von Hexamethylen-

tetramin, Santalöl, Salicyl-, Bor- und Benzoesäure, sowie Fol. uvae ursi gegenüber Staphylokokkus pyog. aur. und Bac. coli. Hexamethylentetramin wirkt durch die Entwicklung von Formaldehyd, jedoch nur in saurem Harn; es soll deshalb nur bei Harn verwendet werden, der sauer ist oder sauer gemacht werden kann, was am besten durch Natr. phosph. zu erreichen ist. Sandelholzöl wirkt etwas in alkalischem Harn. Bor- und Salicylsäure sind wirksame Antiseptica, aber nur sehr wenig in alkalischem Harn. Borsäure ist ein wirksames Antisepticum und bei alkalischem Harne das wirksamste. Auch Fol. uvae ursi ist ein gutes Antisepticum. Bei ammoniakalischer Gärung soll man Blasenspülung machen und Borsäure immerhin geben. Santalholzöl wirkt besonders in Fällen von Staphylokokkusinfektion. *Weibel* (Wien).

Buchtala, Hans, und Rudolf Matzenauer: Merlusan (Tyrosin-Quecksilber) in der Syphilis- und Gonorrhöetherapie. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 39, S. 2504—2510. 1913.

Merlusan wirkt bei Lues ebenso energisch wie kräftige Injektionskuren und Einreibungen. Dosierung: 4—5 Tabletten täglich. Keine Verdauungsstörungen. Merlusan ist auch ein ganz vorzügliches Mittel zur Gonorrhöebehandlung. Originalpackung (1/2% Lösung) à 180 ccm im Handel. Schon im akuten Stadium anwendbar, da keine Reizerscheinungen. Bei gonorrhoischer Cystitis 5—10 ccm in die Blase instillieren. *Blanck* (Potsdam).

Camphausen: Ferrocarnin, ein nährendes Eisenpräparat. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 40, S. 1109—1112. 1913.

Girol, D. Sebastian Recasens: L'homoorganothérapie dans le traitement de quelques gynécopathies. (Die Homoorganotherapie bei der Behandlung einiger Genitalerkrankungen.) Semaine gynécol. Jg. **18**, Nr. 34, S. 269 bis 272. 1913.

Der Zusammenhang des genitalen Infantilismus, Dysmenorrhöe, Sterilität mit einer Aplasie des Ovariums hat zur Opotherapie, der Behandlung mit tierischer Eierstockssubstanz geführt. Die Anwendung homologer Hormone durch Verwendung artgleicher Organextrakte ist aussichtsreicher. Diese Homoorganotherapie hat Girol angewendet, indem er einen Ovarialextrakt einer wegen Uterusmyom operierten Frau benutzte. Von diesem „Ovaromyom" erwartete G. eine größere Wirksamkeit als von einem Extrakt eines normalen Ovariums, da Myome gewöhnlich mit einer Bindegewebshypertrophie der Ovarien einhergehen, die ähnlich der des Corpus luteum ist. Wahrscheinlich ist das Myom ähnlich wie die Muskelhypertrophie des Uterus während der Schwangerschaft die Folge ovarialer Hormone, ebenso wie man Menstruationsveränderungen der Uterusschleimhaut als eine Funktion des Corpus luteum ansieht. Die früher mit gutem Erfolg geübte Kastration, um Myome zum Wachstumstillstand zu bringen, beweist ebenso wie die Radium- und Röntgenbehandlung der Myome den Zusammenhang zwischen Ovarium und Uterus. Der Extrakt wurde in dem Laboratorium von Chicot und Lorent hergestellt in sterilen Ampullen von 1—2 ccm.

Es werden 7 Fälle mitgeteilt, die mit subcutanen Injektionen behandelt wurden. Die Injektionen wurden alle drei Tage während eines Monats gemacht. Unter den 7 Fällen sind zwei erfolgreich behandelte Amenorrhöen, zwei gebesserte Dysmenorrhöen, bei einem amenorrhoischen Mädchen konnte trotz dreimonatiger Behandlung nur eine Regel erzielt werden, bei einer amenorrhoischen Frau war kein Einfluß zu koustatieren. Eine bisher steril verheiratete, an starker Dysmenorrhöe leidende Frau verlor ihre Beschwerden und wurde sogar schwanger, allerdings trat ein Abort im zweiten Monat ein. *Becker* (Bonn).

Heineck, Aimé Paul: Removal of a foreign body introduced into the uterine cervical canal to prevent conception. (Entfernung eines zur Verhütung der Konzeption in den Cervicalkanal eingeführten Fremdkörpers.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 11, S. 868. 1913.

Wegen starker Blutung mußte bei einer 25jährigen Patientin, die im IV. Monat gravid war, zur Entfernung eines „Jentschen selbsthaltenden Uterinpessars", das sich in die Cervixwand eingebohrt hatte, die vordere Cervixwand in ganzer Ausdehnung gespalten werden. Abortausräumung. Naht. Glatte Heilung.

Die Intrauterinpessare haben nur Nachteile: Sie verhüten nicht die Konzeption, sie verursachen Abort, sie können septische Prozesse im Gefolge haben, und ihre Entfernung kann unter Umständen sehr schwierig werden. *Ruhemann* (Berlin).

Allgemeine Chirurgie:

Delle, Chiaje S.: Étude sur l'amylogenèse hépatique, l'albuminurie et l'urobiline chez les rachistovaïnisées. (Studie über Stärkebildung in der Leber, Albuminurie und Urobilinurie bei Stovainlumbalanästhesie.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 4, S. 357—358. 1913.

Bei 15 mit Stovain Lumbalanästhesierten, die an zwei Tagen vor der Narkose und einmal danach je 100 g Lävulose erhalten hatten, fand Ch. Zucker, Eiweiß und Urobilin im Urin. Eine Hyperglykämie bestand nicht. Die Albuminurie fand sich bei allen in den ersten 12—24 Stunden, bei einigen hielt sie bis 9 Tage an. Bestand schon vor der Narkose Albuminurie, so wurde sie durch die Lumbalanästhesie verschlimmert, es trat Cylindrurie auf, die 5—9 Tage anhielt. Die Urobilinurie war fast konstant, doch unbedeutend. *Becker* (Bonn.)

New, Gordon B.: Post-operative hysterical hiccough. (Postoperativer Singultus auf hysterischer Grundlage.) Saint Paul med. journal Bd. **15**, Nr. 9, S. 465—466. 1913.

21jähriges Fräulein litt nach mehrfachen Operationen (Appendektomie, Nephrolitotomie, Nephrektomie usw.) an hartnäckigem, schließlich 5 Monate anhaltenden Singultus-Anfällen auf nervöser Grundlage, die durch Intubation mit der größten O'Dwyer-Tube geheilt wurden. *zur Verth* (Kiel).

Byford, Henry T.: The significance of anaemia as an operative risk. (Die Bedeutung der Anämie als Operationsgefahr.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 271—275. 1913.

Byford bespricht an der Hand von mehreren Krankengeschichten die Bedeutung der Anämie bei operativen Eingriffen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. *Vogt.*

Allgemeine Infektionskrankheiten:

McNeil, Archibald: Complement fixation in gonococcal infections. (Die Komplementfixation bei gonorrhoischen Infektionen.) (Acad. of med., New York, meet. 13. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 3, S. 603—609. 1913.

Die Technik ist die gleiche wie beim Wassermann, nur wird das Antigen aus Reinkultur von Gonokokken gewonnen. Bei Urethritis anterior des Mannes und akuter Vulvovaginitis ist die Reaktion nie positiv, sie wird es aber, sobald die Urethra posterior des Mannes und die Cervix und Bartholinischen Drüsen bei der Frau erkranken. Eine positive Reaktion spricht stets für einen aktiven Gonokokkenherd im Körper, sie überdauert die Heilung um 6 bis 8 Wochen. Heilung ist erst dann anzunehmen, wenn über eine längere Zeit die Reaktion zu wiederholten Malen negativ ausgefallen ist. *Blanck* (Potsdam).

Brooke: The treatment of gonorrhoeal arthritis. (Die Behandlung der gonorrhoischen Arthritis.) Hahnemann. month. Bd. **48**, S. 417. 1913.

Simpson, C. Augustus: Luetin skin reaction in diagnosing syphilis. (Die Luetinreaktion für die Diagnose der Syphilis.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 4, S. 234—236. 1913.

Die mit Pallidakulturen angestellte Hautreaktion erwies sich in 50 Fällen des Verf., von denen 43 mit der Wassermannschen Reaktion kontrolliert wurden, als wertvolles diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung der Syphilis. In 38 Fällen aktiver Syphilis des Frühstadiums fiel die Luetinreaktion in über 80% positiv aus, in den späten tertiären Fällen in einem noch höheren Prozentsatz der Fälle. In alten dunklen Fällen von Syphilis, wo der Wassermann manchmal versagt, ist die Luetinreaktion äußerst wertvoll; sie dürfte, bei der Einfachheit der Technik, bald populär werden. *Blanck* (Potsdam).

Ranke, Karl Ernst: Die Tuberkulose der verschiedenen Lebensalter. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 39, S. 2153—2155. 1913.

Allgemeines über Geschwülste:

Aaker, A. O.: A résumé of recent research on the treatment of cancer. (Neue Forschungsergebnisse in der Behandlung des Krebses.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 16, S. 450—458. 1913.

Hodenpyl behandelte 47 Fälle von Carcinom, meist solche mit schlechter Prognose,

durch Injektion von chylöser Ascitesflüssigkeit, die er durch Punktion des Abdomens einer Frau mit großen Lebermetastasen nach Ca. mammae gewonnen hatte. In allen Fällen wurden die Ca.-Knoten kleiner, in einigen verschwanden sie vollständig. Während ein Nachuntersucher (Risley) noch von Verzögerung des Fortschreitens der Tumoren berichtet, glauben Ill und Miningham nur eine Herabsetzung der Schmerzen durch diese Therapie zu erreichen. Gilman und Coca versuchten durch Injektion von in Kochsalzlösung zerriebenem, dann filtriertem Ca.-Gewebe Krebskranke zu heilen. Ihre Erfolge waren sehr wechselnd, ebenso die von Vaughan mit einem Alkohol-Äther-Extrakt aus Ca.-Gewebe. Fichera glaubt in 10 von 18 systematisch mit einem Autolysat von fötalem Gewebe behandelten inoperablen Ca.-Fällen einen günstigen Einfluß der Injektionen feststellen zu können. Berleley und Beebe gewannen durch Injektion von Ca.-Gewebe aus Tieren ein Ca.-Antiserum. Von 16 mit diesem Serum behandelten Fällen wurden zwei günstig beeinflußt. Durch intravenöse Injektion von kolloidalem Kupfer erzielte Loeb in fast allen von ihm behandelten Fällen eine deutliche Besserung des lokalen Befundes, zur Erzielung einer vollkommenen Heilung ist die Wirkung zu schwach. *Zoeppritz.*

Chambers, Porter Flewellen: Multiple neoplasm. (Multiple Neubildungen.) (New York acad. of med., sect. of obstetr. a. gynecol., meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 3, S. 557—558. 1913.

Kurze Krankengeschichte einer Frau, die erst an einem Carcinom der linken Brust, dann an einem degenerierten Fibroid des Uterus, einem Carcinom der rechten Brust operiert wurde und an Sarkomatose der Haut starb. *Michael* (Leipzig).

Rotgans, I.: Maligner Tumor durch Infektion geheilt. (*Chirurg. Univ.-Klin., Amsterdam.*) Ned. Tijdschr. v. Geneesk., Tweedehelft. Nr. 12, S. 905—915. 1913. (Holländisch.)

66jährige Frau mit großem Tumor der vorderen Brustwand (Diagnose Sarkom) wird als inoperabel weggeschickt. Kommt nach 10 Monaten in sehr kachektischem Zustand mit völlig ulceriertem Tumor wieder, der inzwischen mannskopfgroß geworden ist. Nach 5 wöchentlicher symptomatischer Behandlung war der äußere Teil des Tumors völlig geschmolzen, der intrathorakale bildete eine mit schmutzigen Granulationen und Kalkstücken gefüllte Höhle. Im linken Pectoralis major entwickelte sich jetzt eine Metastase, welche mit dem Muskel und der Umgebung chirurgisch entfernt wurde. In diesem Tumor befand sich ein Absceß, und nun konnte auch die pathologisch-anatomische Diagnose gestellt werden. Der Tumor erwies sich als Myxochondrom, die heilbringenden Eitererreger als Streptococcus pyogenes longus und Bacillus pyocyaneus. Bei weiterer symptomatischer Behandlung, Eröffnung kleinerer Abscesse usw. ergab sich trotz chronischer Bronchitis und teilweiser Atelektase zunehmende Besserung, die stetig fortschreitet. In der Diskussion erwähnt Mendes de Léon einen von ihm beobachteten, mikroskopisch festgestellten Fall von inoperablem Carcinoma uteri, der durch Behandlung mit Chlorzink heilte und jetzt, nach 5 Jahren, noch völlig gesund ist. *C. H. Stratz.*

Unterricht und Lehrmittel:

Casper, L.: Die Urologie als Wissenschaft und Lehrfach. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 10, S. 786—798. 1913.

Winternitz, Wilhelm: Über den Unterricht in den physikalischen Heilmethoden an den Universitäten. Wien. med. Wochenschr. **63**, Nr. 39, S. 2561 bis 2562. 1913.

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

West, James N.: The prophylactic effects of certain minor gynaecological operations. (Die prophylaktische Wirkung gewisser kleinerer gynaekologischer Operationen.) Post-graduate Bd. **28**, Nr. 9, S. 811—815. 1913.

Hinweis auf die prophylaktische Bedeutung, welche eine rationelle Behandlung der Aborte (12% aller gynaekologischen Erkrankungen führt Verf. auf frühere Aborte zurück) sowie die sorgfältige Behandlung und Naht frischer und alter Cervix- sowie Dammrisse für spätere Frauenleiden speziell zur Verhütung der Cervixcarcinome besitzen. In der Abortbehandlung empfiehlt Verf., bevor Finger oder Instrumente in den Uterus eingeführt werden, die Cervix mit Jodtinktur zu desinfizieren, nach Entleerung des Uterus die Höhle gut auszutrocknen und Carbolsäure und Jodtinktur aa zu applizieren, nie zu drainieren, gegen Blutung Jodoformgazestreifen einzuführen und nach 24 Stunden denselben zu entfernen. Für die Naht alter Cervixrisse empfiehlt Verf. kein Catgut, sondern Material, welches 10—12 Tage hält, Bettruhe für 14 Tage und präliminare Abrasio. Für die äußere Naht bei Dammrissen soll kein Material verwendet werden, welches eine Infektion in die Wunde bringen könnte. Verf. verwendet meist Silberdraht, sonst Silkworm, gewachste Seide oder Chromcatgut. Verf. glaubt, daß durch sorgfältige Behandlung der Cervixlacerationen von 6 Cervixcarcinomen 5 Fälle hätten verhütet werden können. *Vaßmer* (Hannover).

Richter, Paul: Holmes und Semmelweis. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 39, S. 1821—1822. 1913.

Loomis, Frederic M.: Cancer in the days of the ancient greeks. (Der Krebs bei den alten Griechen.) Physician a. surg. Bd. **35**, Nr. **3**, S. 120—126. 1913.

Geschichtliche Zusammenstellung der Kenntnisse der alten Griechen über den Krebs, bei der Ilias und Odyssee beginnend, dann bei Äskulap, Herodot, Hippokrates, Aristoteles, Herophilus, Erisistratus, Archigenes, Heliodorus, Paulus Aegineta usw. fortfahrend und schließlich mit dem berühmten Hippokratischen Lehrsatz endigend: Quod medicina non sanat, ferrum sanat, quod ferrum non sanat, ignis sanat usw.

J. Klein (Straßburg i. E.).

Foustanos, J.: Aus der Geschichte der Medizin: Die Bakterien im Altertum. Grèce med. Nr. 6, S. 63. 1913. (Griechisch.)

Schon im Jahre 400 v. Chr. findet sich in Herodots Geschichte: „Marsch des Königs Cyros gegen Babylonien" die interessante Bemerkung, daß das Trinkwasser der Griechen abgekocht und in festverschlossene silberne Kannen abgefüllt werde. Man sieht daran, daß schon im Altertum die Infektion bekannt war und zu diesen Maßregeln geführt hat, obwohl der Begriff der Bakterien noch fehlte. *Sfakianakis.*

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Barnett, Nathaniel: Vulvovaginitis in young children, its control and successful treatment. (Vulvo-vaginitis kleiner Kinder, ihre Kontrolle und erfolgreiche Behandlung.) (Acad. of med., New York, meet. 13. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 3, S. 600—603. 1913.

Bericht über 50 Fälle von Vulvovaginitis kleiner Mädchen, von denen 26 einer systematischen Behandlung unterworfen werden konnten. Ätiologisch kam die Infektion 18 mal in Hospitälern oder anderen Institutionen zustande, 9 mal durch Zusammenschlafen mit der Mutter, welche vaginalen Ausfluß hatte, 5 mal in gleicher Weise durch Infektion von Schwestern, 18 mal ließ sich die Infektionsquelle nicht nachweisen. Die Durchschnittsdauer der Erkrankung betrug $8^1/_2$ Monate, doch ließen sich einmal 6 Jahre hindurch Gonokokken im Vaginalsekret nachweisen. Die Sekretentnahme fand mittels Urethralspeculum aus Scheide und Cervix statt, welch letztere in allen Fällen kongestioniert war, oberflächliche Ulcerationen auf beiden Lippen und Eiteraustritt aus dem Muttermund zeigte. An Komplikationen fanden sich je 1 mal Arthritis des Schulter- und Handgelenks, 1 mal chronische Peritonitis, 2 mal Pelveoperitonitis, 1 mal Hackenschmerz; hier ließ sich bei der 11 jährigen Patientin mittels Röntgenstrahlen eine Periostalexostose nachweisen. 30% klagten über Brennen beim Urinieren. Zu Ausspülungen wurden 1‰ Kaliumpermagnatlösungen, 1 : 4000 Sublimat oder 1 : 500 Lugolsche Jodlösungen verwendet. Für Instillationen 1—4 proz. Argentum-nitricum- oder 10 proz. Argyrollösungen. 15 Fälle wurden mit intramuskulären Vaccineinjektionen in Pausen von 3—7 Tagen mit Dosen von 5—100 Millionen behandelt. Nach Durchprobieren dieser verschiedenen Behandlungsmethoden blieb Verf. schließlich bei folgender: tägliche Kaliumpermagnatspülung durch die Mutter zu Hause, 3 mal in der Woche unter Einstellung im Kellyschen Endoskop lokale Behandlung der Cervix und Scheide mittels Lugolscher Lösung. Der Ausfluß ließ unter jeder Behandlung bald nach, doch ließen sich Gonokokken trotzdem meist noch lange nachweisen, so in 1 Fall trotz 6 Monate durchgeführten Spülungen, wie Verf. annimmt infolge Infektion der Cervix, deren lokale Behandlung nach Einstellung im Endoskop daher oft erst wirkliche Heilung brachte. Unter der Vaccinebehandlung blieb der vaginale Ausfluß unbeeinflußt, doch heilten die Gelenkkomplikationen hierbei rasch ab, der Hackenschmerz zeigte nach anfänglicher Besserung bald ein Rezidiv. Zum Schluß plädiert Verf. für eine bessere Prophylaxe in Schulen, Hospitälern und zu Hause im Verkehr mit erkrankten Familienangehörigen. *Vaßmer* (Hannover).

Slingenberg, Bodo: Die Behandlung der Urethritis, Vulvovaginitis und Endometritis gonorrhoica. (*Univ.-Frauenklin., Amsterdam.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 39, S. 1450—1452. 1913.

Verf. spricht sich für eine intensive Behandlung der Gonorrhöe aus. Vaccination ist diagnostisch wichtig und hat ihm therapeutisch bei Adnexentzündungen und bei der Vulvovaginitis der Kinder gute Resultate gegeben, bei der offenen Gonorrhöe aber allein versagt. Er kombiniert sie daher mit lokaler Behandlung. Er spritzt die

Urethra einmal täglich mit Protargollösung aus. Diese bereitet er täglich frisch mit kaltem Wasser (1 : 10, 3 Stunden im Dunkeln stehen lassen). Einführen eines Katheters Guyon à boule perforée bis an den Sphincter vesicae, Hin- und Herziehen unter allmählichem Entleeren der aufgesetzten Spritze. Dann Einführen einer Braunschen Spritze mit derselben Lösung bis zum Fundus uteri. Entleerung unter allmählichem Herausziehen. Der Rest der Lösung wird ins Speculum gefüllt und soviel Gaze eingebracht, als zur Resorption nötig ist. Außerdem täglich 3 mal 2 Kapseln Gonosan 0,3. Gleichzeitig Vaccination und Bettruhe. Nach 8—10 Tagen, wenn die mikroskopische Untersuchung negativ, tägliches Ausspritzen der Urethra mit Zinc. sulf., Plumb. acetic. aa 1,0, Aqua 100,0. Einfüllen und Tamponieren der Scheide mit Acid. boric., Camphor. aa 3,0, Alumnol. 5,0, Glycerin 125,0. Für gesund werden die Kranken erst erklärt, wenn das Sekret während einer Reihe von bis 100 Millionen pro Inokulation steigenden Vaccinationen gonokokkenfrei bleibt. Näheres über Vaccination in Verf. Arbeit im Archiv für Gynaekologie Bd. **96**, H. 2. *Rothe* (Breslau).

Paquet, A.: Cloisonnement vaginal. (Vaginalverschluß.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 3, S. 196—197. 1913.

23jährige Primipara, nur 3 mal vom 18.—23. Lebensjahre menstruiert gewesen, seit 3 Tagen in der Geburt — Blase seit kurzem gesprungen. Bei der inneren Untersuchung fühlt man an Stelle der Portio die durch den kindlichen Schädel nach vorne vorgebuchtete und tief gedrängte hintere Vaginalwand, welche bei Entfaltung der Vulva vorne rechts und links hinten je eine kleine Öffnung zeigt. Nach Spaltung dieser vaginalen Scheidewand zwischen diesen beiden Öffnungen repräsentiert sich die Portio mit fünffrankenstückgroßem Muttermund, dessen weitere Eröffnung sich rasch vollzieht. Wegen Stillstand der Geburt Kind (3600 g) 17 Stunden später durch Forceps entwickelt. Manuelle Placentarlösung läßt keine Mißbildung des Uterus nachweisen, außer daß Uterus mehr zylindrische als kugelförmige Gestalt hat. Placenta saß im unteren Segment. Nabelschnur inseriert marginal. Wochenbett fieberfrei. *Vaßmer* (Hannover).

Pozsonyi, Eugen: Über einen dorso-perineal operierten Fall von primärem Scheidenkrebs (Exstirpation des gesamten Genitalapparates und des Rectums). (*St. Rochusspit., Budapest.*) Gynaekol. Rundschau Jg. **7**, H. 18, S. 661—664. 1913.

40jährige Frau, VI para, 2 Aborte. Seit 1 Jahr übelriechender Fluor, Abmagerung, keine Schmerzen. Befund: den oberen zwei Dritteln der hinteren Scheidewand der Größe von 2 Fünfmarkstücken entsprechendes blutendes, höckeriges Gebilde; ausgebreitetes Infiltrat der Septum rectovaginale. Mikroskopische Untersuchung: Basalzellenkrebs. Operation: Auf dorsoperinealem Wege Exstirpation des gesamten Genitalapparates und des Rectums; Amputation des Rectums weit über der Umschlagsfalte; der Sphincter ani konnte wegen der Infiltration nicht erhalten werden. Drainage vor dem Colon sigmoideum bis zum Peritoneum. Bildung eines Anus sacralis. 6 Monate später noch kein Rezidiv. Gewichtszunahme von 10 kg. — Man soll bei Vaginalcarcinom der hinteren Wand wegen der Verbindung der Lymphbahnen der hinteren Vaginalwand mit dem Lymphsystem des Rectums der totalen Exstirpation der Genitalien auch die Entfernung des Rectums anschließen. Zusammenstellung der Literatur von 11 bisher so radikal durchgeführten Operationen. *Grünbaum* (Nürnberg).

Uterus:

Hitschmann, F., und L. Adler: Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der normalen und entzündeten Uterusmucosa. Die Klinik der Endometritis mit besonderer Berücksichtigung der unregelmäßigen Gebärmutterblutungen. (*Klin. Schauta, Wien.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 2, S. 233—304. 1913.

Unter Anerkennung der glandulären Hyperplasie der Schleimhaut betonen die Verff., daß es nur eine Form der Entzündung der Uterusmucosa, die interstitielle, charakterisiert durch Infiltrationszellen, vor allem Plasmazellen, gibt. Ihre bekannten Untersuchungsresultate über die zyklischen Veränderungen bei normal menstruierenden Frauen halten sie gegenüber allen Einwänden durchaus aufrecht. Unregelmäßige Schleimhautwandlung findet sich 1. bei zwar regelmäßigem Eintritt, aber langer Dauer der Periode, indem hier zwar kollabierte, schmale, aber nicht gestreckt, sondern zackig verlaufende Drüsen mit mehrreihigem Epithel sich in der postmenstruellen Phase finden; 2. bei unregelmäßiger Menstruation. Hier zeigt sich zwar eine Schleimhautwandlung, aber nicht eine regelmäßige Phasenbildung; es zeigen sich Drüsenfor-

men verschiedener Phasen nebeneinander, wohl als Folge einer pathophysiologischen Funktion des Ovariums. Von der Trias der Endometritissymptome, Blutungen, Schmerz, Fluor lassen sie nur den Fluor gelten. Durch die Kurettage gelingt es nicht, die Neubildung einer hyperplastischen, drüsenreichen Schleimhaut so zu beeinflussen, daß eine weniger drüsenreiche gebildet wird; der Drüsenreichtum[1] einer Schleimhaut ist nicht Ursache der Blutungen, die Abrasio einer solchen Schleimhaut wegen Blutung hat ebenso oft Erfolg wie Mißerfolg in bezug auf die Blutung. — Entzündung der Mucosa, i. e. interstitielle, führt nicht zur Blutung. Diese hat bei Entzündung der Schleimhaut ihre Ursache in der gleichzeitigen Ovarienentzündung. Ovarialfunktionsänderungen sind es nach Hitschmann und Adler auch, die die Blutungen bei Retroflexio, Metritis und Myom herbeiführen. Lokale Ursache der Uterusblutungen mit Ausnahme mechanischer Ursache, Polypen, submuköser Tumoren usw. lehnen die Autoren ab. Als therapeutische Konsequenz aus ihren und anderer Autoren Arbeiten folgern sie: Die Kurettage hat ihre Rolle als souveräner Heilungsfaktor ausgespielt, sie kommt nur noch als symptomatisches Mittel in Betracht. Ob den Blutungen anatomische oder funktionelle Veränderungen der Ovarien zugrunde liegen, ist noch zweifelhaft. Der Schmerz bei Endometritis weist darauf hin, daß die Grenzen des Uterus von der Entzündung überschritten sind. Nur der eitrige Fluor ist ein Zeichen chronischer Endometritis. Die Ausschabung bei Fluor wird bei Endometritis von ihnen verworfen — abgesehen von der Endometritis post abortum; den guten Erfolgen der Ätzbehandlung stehen sie zweifelnd gegenüber und betonen zum Schluß, daß eine wirksame radikale Behandlung des eitrigen Fluors zu den ungelösten Fragen gehört. *Aschheim.*

Fabre et Trillat: Étude anatomique d'un utérus cordiforme. (Anatomische Betrachtung über einen Uterus arcuatus.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 237—239. 1913.

Einfache anatomische Beschreibung des Präparates mit 2 Abbildungen. Keine literarische Einzelheilten. *Schröder* (Rostock).

Freund, R.: Uterusverletzungen. Med. Klinik Jg. 9, Nr. 38, S. 1558-1560. 1913. Übersichtsreferat.

McMurtry, Lewis S.: Fibroid of the uterus undergoing mucoid degeneration-exhibition of specimen. (Uterusfibrom mit schleimiger Umwandlung. Vorstellung des Falles.) Louisville monthly journal of med. a. surg. Bd. 20, Nr. 4, S. 98—99. 1913.

Das Fibrom erschien wie ein doppelter Uterus. Bei der Operation wurde ein interstitielles, in der Mitte schleimig degeneriertes Fibrom gefunden. *R. Chapuis* (Genf).

Barbour, A. H. F.: Two cases of uterine fibroid in which degeneration in the tumour, perithelioma and necrobiosis, caused difficulty in diagnosis. (2 Fälle von Uterusfibromen, in denen die Degeneration der Tumoren — Perithelioma und Nekrobiose — Schwierigkeit in der Diagnose verursachte.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the British empire Bd. 24, Nr. 2, S. 61—67. 1913.

1. 62jährige Patientin. Vor 7 Jahren Entfernung eines großen verjauchten Uteruspolypen mit breitem Stiel. Seit 2 Jahren Schwäche. Anschwellen des Abdomen. Tumor in Größe einer Gravidität VII. M. Supravaginale Hysterektomie. 23: 14 cm große einkammerige Cyste, an deren Vorderwand die ausgezerrte Uterushöhlung. Cysteninhalt serös, mit Blut durchsetzt (2 Liter). Wände dünn, innen mit bröckeligem Gewebe (Peritheliom) ausgekleidet, das sich unten zu tumorartigen Knollen verdickt. In halber Höhe der Höhle Ansätze eines Septum. 2. 51jährige Patientin. Seit mehreren Monaten Vergrößerung des Abdomen und Schmerzen. Temperatur 36,4, Puls 120. Größe des Tumors gleich Gravidität VII.—VIII. M. Menses seit einigen Monaten ausgeblieben. Supravaginale Hysterektomie. Nach 6 Tagen Exitus an Bronchopneumonie. — Der Tumor, ein Uterus fibromatosus, zeigte auf der Schnittfläche purpurrote Farbe mit helleren, festeren Inseln. *Mohr* (Berlin).

Oui: Fibrome utérin à pédicule tordu, incarcéré dans l'excavation pelvienne. Myomectomie. Guérison. (Stielgedrehtes, im kleinen Becken incarceriertes Uterusmyom. Myomektomie. Heilung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 464—465. 1913.

Fehldiagnose auf abgekapselte Haematocele retrouterina gestellt, da die Anamnese und

der Befund hierfür typisch waren: Amenorrhöe, plötzlich aufgetretener heftiger Leibschmerz, leichte Temperatursteigerung, typische Konsistenz des unbeweglichen Tumors, Vergrößerung des Tumors im Laufe einiger Tage mit gleichzeitiger rezidivierender Schmerzattacke. Es handelte sich um ein erweichtes, subseröses, stielgedrehtes Fundusmyom. Myomektomie per laparotomiam. Heilung. *Hauser* (Rostock).

Pellegrini, Augusto: Fibro-mioma voluminoso extraperitoneale del collo dell' utero con sintomatologia orinaria. (Großes extraperitoneales Fibromyom des Gebärmutterhalses mit Harnbeschwerden.) (*Osp. civ., Marradi.*) Ginecologia Jg. **10,** Nr. 7, S. 203—208. 1913.

Es handelt sich um ein 2200 g schweres, hartes Cervicalmyom, welches die Harnblase und die Ureteren stark verdrängt und Harnbeschwerden verursacht hatte. Um eine Verletzung der Blase bei solchen Operationen zu verhüten, muß man hoch oben die Bauchhöhle eröffnen und vor allen Dingen die Blase vom Tumor stumpf abpräparieren; um die Ureteren nicht zu lädieren, muß man vorsichtig den Tumor aus seiner Kapsel lösen. *Klein* (Straßburg i. E.).

Schwartz: Adenomyomas. (Adenomyome.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 3, S. 561. 1913.

Schwartz spricht über Adenomyome. v. Recklinghausen hielt dieselben für Geschwülste des Wolffschen Körpers. Heutzutage leiten die meisten Autoren diese drüsigen Gebilde von den Uterusdrüsen ab, und die Tatsache, daß die Cervicaldrüsen von den Adenomyomen des Corpus uteri differierende Bilder aufweisen, spricht für diese Deutung. *Klein* (Straßburg i. E.)

Mériel, E.: Polype utérin cavitaire et avortement. (Uterushöhlenpolyp und Abort.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 4, S. 415 bis 416. 1913.

Bericht eines Falles, wo ein gestieltes submuköses Myom im Anschluß an einen 2 monatigen Abort zutage trat. *Hannes* (Breslau).

Farrage, James: Carcinoma of the uterus. (Das Uteruscarcinom.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 16, S. 447—450. 1913.

Nichts neues. *Zoeppritz* (Göttingen).

Broun, L. Roy: Carcinoma of uterus with parametric tissue. (Uteruskrebs mit parametranem Gewebe.) (New York acad. of. med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 3, S. 560. 1913.

Fall von abdominaler Totalexstirpation. Der Verf. glaubt, daß man am leichtesten soviel als möglich von den Parametrien mit entfernen kann, wenn man nach kompletter Isolierung der Ureteren den Uterus stark nach abwärts zieht. Folgt man der Technik von Bumm, so gelingt es auch, einen großen Teil des Parametriums zu entfernen, nachdem die Vagina durchgeschnitten ist; folgt man Wertheims Methode, so erleichtern seine Klammern die Entfernung des parametranen Gewebes; der Uterus muß aber dabei stark nach oben gezogen werden. *Klein* (Straßburg i. E.).

Moncure, P. St. L.: A comparison of the methods of treatment of carcinoma of the cervix. (Vergleich der Verfahren zur Behandlung des Cervixkrebses.) Virginia med. semi-month. Bd. **18,** Nr. 8, S. 197—200. 1913.

Beschreibung der abdominalen Uterusexstirpation Wertheims, der vaginalen Schautas und des Verfahrens von Byrne-Dickinson mittels des Elektrokauters. Sonst bringt die Arbeit nichts Neues. *Landau* (Berlin).

Peterson, Reuben: Primary and end results of fifty-one radical abdominal operations for cancer of the uterus. (Sofortige und Späterfolge bei 51 abdominalen Radikaloperationen bei Gebärmutterkrebs.) Physician a. surg. Bd. **35,** Nr. 4, S. 163—172. 1913.

Die primäre Mortalität unter 51 Fällen betrug 10 = 19,6%, sie war besonders in der ersten Serie sehr erheblich, ist dann aber mit fortschreitender Technik immer geringer geworden. Je rascher Verf. die Fälle technisch erledigen konnte, um so besser wurden die Resultate. Exzessiver Fettreichtum kontraindiziert die abdominale und erheischt die vaginale Radikaloperation. Die Drüsenexstirpation unterläßt Verf. gewöhnlich, um so mehr, als er bei 7 Patienten unter 11, bei denen ein Recidiv eintrat, die Neubildung in der Scheidennarbe recidivieren sah. Die relative Benignität des Corpuscarcinoms gegenüber dem Cervixkrebs zeigt sich auch in der

vorliegenden Statistik, da unter 31 Cervixkrebsen 10mal Recidive auftraten, unter 11 Corpuskrebsen nur ein einziges. Um die Patienten auszulesen, die über 5 Jahre recidivfrei blieben, standen dem Verf. nur 8 Fälle zur Verfügung; von diesen blieben 5 gesund. *Landau.*

King, A. F. A.: Uterine carcinoma: another hypothesis as to its cause and prevention. (Uteruscarcinom: eine neue Hypothese seiner Entstehung und Verhütung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 328—334. 1913.

Unsere Körperzellen scheinen mit den gleichen Eigenschaften ausgestattet zu sein wie die Protozoen; dieselben vermehren sich eine Zeitlang durch Amitose, worauf Sexualzellen entstehen, die, wenn die amitotische Kraft der übrigen erschöpft ist, eine Verjüngung der Zellteilungskräfte und damit eine Erhaltung der Art garantieren. Verf. stellt sich nun vor, daß auch bei der Carcinomentwicklung zwei analoge Momente in Frage kommen: 1. die durch fortdauernde Reize erzeugte Zellproliferation mit nachfolgender Erschöpfung; 2. Wiederanregung der Zellteilung durch einen äußeren Reiz. Dieser Reiz wird dargestellt durch das Eindringen von einer Unzahl von Spermatozoen in ebensoviele Zellen. Wie das Zusammentreffen eines Spermatozoon mit einer Eizelle normalerweise zur Entwicklung eines Embryo führt, entsteht aus der Befruchtung einer großen Zahl von Epithelzellen — ektopische Pseudoovula — eine Wucherung dieser Zellen, das Carcinom. Der Krebs wäre also eine parasitäre Erkrankung, bei welcher das Spermatozoon die Rolle des Parasiten spielt. Zahlreiche experimentell biologische Erfahrungen anderer Autoren sprechen für diese Hypothese. Schon früher fand man, daß die Carcinomzelle zwar geringe Differenzierungsfähigkeit, aber große Teilungskraft besitzt analog der Embryonalzelle; es wird alle Energie auf das Wachstum zum Nachteil der Funktion verwandt. — Um nun solche gewissermaßen „sexuale" Zellen zu werden, müssen die Körperzellen ihre Chromosomen reduzieren; solche Zellen fanden nun Moore und Walker in Carcinomen, nie in gutartigen Geschwülsten. Experimentell konnte ferner beim Krebs die Umwandlung somatischer in sexuale (reproduktive) Elemente nachgewiesen werden. Daß nur weibliche Zellen den Reifungsprozeß durchmachen, liegt daran, daß die Umwandlungen von Körperzellen in Spermatozoen ein viel zu komplizierter Vorgang ist, um zu Ende geführt zu werden. Die Spermatogenese bleibt auf einer bestimmten Stufe stehen; die daraus resultierenden Gebilde, die Plimmerschen Körperchen, wurden zu Unrecht als Krebserreger angesprochen. Es bedarf zur Carcinomgenese regelrechter Spermatozoen, die, meist nach Aufhören der Menstruation in den Genitalkanal gelangend, die Zellproliferation bedingen. Aus dieser Annahme erklärt sich auch die Häufigkeit des Portiocarcinoms im Vergleich zum Uteruskrebs, der bei Jungfrauen sehr selten ist. Verf. erklärt die Entstehung des malignen Chorionepithelioms so: Beim normalen befruchteten Ei wirkt auch schon der trophoblastische Anteil destruierend, um die Einbettung des Eies zu veranlassen; daneben entwickelt sich der Embryo; derselbe schwindet bald beim Chorionepitheliom und der trophoblastische Anteil wuchert weiter als bösartige Geschwulst. Die Carcinomkachexie erklärt sich dahin, daß die Geschwulstzellen den Organismus als Nahrungsquelle, Ausscheidungsstelle und beim Absterben als Grab benutzen. — Endlich wurde experimentell gefunden, daß auch Spermatozoen von Tieren menschlicher Epithelzellen zur Wucherung anregen können. *Rittershaus* (Coburg)

Percy, J. F.: A method of applying heat both to inhibit and destroy inoperable carcinoma of the uterus and vagina. (Eine Hitzeapplikationsmethode zur Hemmung und Zerstörung des inoperablen Krebses des Uterus und der Vagina.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 371—376. 1913.

Nach dem Verf. sind 75—80% aller Krebsfälle der Beckeneingeweide und der Vagina inoperabel. Die Technik, die er in diesen Fällen befürwortet, beruht auf der allbekannten Tatsache, daß die Hitze bösartige Neubildungen in ihrem Wachstum hindere, Carcinom- und Sarkomzellen zerstöre. Er benutzt dazu ein eigenes Instrumentarium, welches genau abgebildet ist. Es besteht aus elektrischen und aus gewöhnlichen kolbenförmigen Glüheisen, mit welchen er, sei es vaginal, sei es abdominal, durch eine Incision durch wassergekühlte Doppelspecula hindurch sowohl die carcinomatöse Cervix als auch eventuell die Uterushöhle zerstört, so daß zuletzt die Uteruswandungen zum größten Teil verkohlt sind. Auch wenn das Carcinom die Blase oder das Rectum schon ergriffen hat, führt er das Cauterium dorthin, ohne Furcht vor Fistelbildungen. *Klein* (Straßburg i. E.).

Bissell, Dougal: A comparative study of two advanced cases of cancer of the cervix uteri. (Eine vergleichende Studie über zwei vorgeschrittene Fälle von Carcinom des Cervix uteri.) (New York acad. of. med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 568—571. 1913.

An zwei Fällen (Fall 1, von vornherein für inoperabel gehalten, Excohleation und Kauterisation, Tod nach 11 Monaten post op., Fall 2 für operabel gehalten, jedoch wurde während der kombinierten Radikaloperation Resektion des r. Ureters und der Blasenhinterwand nötig,

Fistelbildung, Tod nach 7 Monaten) wird auseinandergesetzt, wie sehr die Wahl des operativen Vorgehens dem persönlichen Ermessen des Chirurgen in vorgeschrittenen Fällen überlassen ist. Unzulänglichkeit darin; helfen hierin kann nur die Frühdiagnose. *Schröder* (Rostock).

Mériel, E.: Volumineux kyste polypoïde du museau de tauche. (Große gestielte Cyste einer Muttermundslippe.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 412—414. 1913.

Apfelgroße Cyste, mit einem langen dünnen Stiel im untersten Abschnitt des Halskanals inserierend, mit der Kuppe bis in die Schamspalte reichend; überzogen von geschichtetem Plattenepithel, die Innenfläche mit kubischem Epithel ausgekleidet. Zwischen beiden Eipthelbogen eine Bindegewebsschicht. Grauweißer schleimiger, fadenziehender Inhalt. Wahrscheinlich handelt es sich nur um ein riesiges Ovulum Nabothi. Verf. denkt auch ev. an eine Cyste des Wolffschen oder Gartnerschen Ganges. Für die Entscheidung beider Ursprungsarten scheint ihm das Vorhandensein, bzw. Fehlen von glatter Muskulatur in der Wand der Cyste wichtig zu sein. *Hauser* (Rostock).

Rißmann, P.: Über 100 Ventrifixuren der Ligg. rotunda nach eigener Methode und über 100 Operationen nach Alexander-Adams mit prinzipieller Versenkung von Seidenfäden ohne Rezidiv. (*Hebammensch., Osnabrück.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 73, H. 3, S. 696—701. 1913.

Die von Rißmann angegebene Methode besteht in der Fixation der Ligamenta rotunda, 5 cm vom uterinen Ende entfernt, durch 3 Seidenfäden an die Bauchwand, unter Verwendung des Pfannenstielschen Fascienquerschnittes und Rückenmarksanästhesie. Von Wichtigkeit erscheint ihm die prinzipielle Verwendung von Seide und nicht von Catgut; die so gefürchteten Nachteile seitens der versenkten Seidenfäden konnte er niemals beobachten. Die mit dem in Rede stehenden Verfahren erzielten Resultate sind günstig, indem R. nur einen Todesfall bei starken Verwachsungen zu beklagen hatte. Ileuserscheinungen sah R. niemals, sekundäre Hernienbildung einmal. Schwangerschaft und Geburt verliefen in 17 beobachteten Fällen ohne wesentliche Komplikation. Die Indikation zur Operation nach Alexander-Adams scheint Verf. bei Möglichkeit der Lagekorrektur unter Spinalanästhesie gegeben. Eine von R. empfohlene Modifikation derselben besteht in dem Übereinander- und nicht Aneinandernähen der Fascie. 100 Fälle ohne Rezidiv- oder Hernienbildung. *Köhler* (Wien).

d'Ascanio, Beniamino: Cura operatoria della rettroflessione uterina. (Operative Behandlung der Retroflexio uteri.) Giorn. internaz. d. scienze med. Jg. 35, Nr. 16, S. 730—741. 1913.

Klinischer Vortrag. Bei freier Retroflexio wird die Methode von Pestalozza bevorzugt. Das Peritoneum des vorderen Douglas wird am Uterus quer gespalten, eine Tasche unter der Blase gebildet, und in diese das Corpus uteri wie in eine Kapuze versenkt. Vorzügliche Resultate. *Mathes* (Graz).

Buteau, S. H.: A new surgical procedure for retrodisplacements of the uterus. (Eine neue chirurgische Behandlungsart der Rückwärtslagerung der Gebärmutter.) Pacific med. journal Bd. 56, Nr. 9, S. 470—475. 1913.

Schon erschienen in: Amer. Journ. of obstetr. 67, S. 272—288. 1913; referiert in 1, H. 10, S. 426 des Zentralblattes.

Ward, George Gray: An operation for the cure of rectocele and restoration of the function of the pelvic floor. (Eine Operation zur Heilung der Rectocele und Wiederherstellung der Funktion des Beckenbodens.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 17, Nr. 3, S. 361—365. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. 2, S. 10. *Mathes* (Graz).

Flint, Austin: The muscle operation for the repair of pelvic floor lacerations. (Die Operation an den Muskeln zur Wiederherstellung von Beckenbodenrissen.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 562 bis 565. 1913.

Schilderung der Levatornaht. Die Muskeln müssen isoliert werden, die Fascie wird darüber vernäht. *Mathes* (Graz).

Keyes, A. Belcham: The pelvic floor, rectocele, cystocele, and prolapsus uteri, etiology, mechanism and behavior. (Der Beckenboden, Rectocele, Cystocele

und Uterusprolaps, Ätiologie, Mechanismus und Verhalten.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 478—490. 1913.

Klinischer Vortrag ohne Besonderheiten. *Mathes* (Graz).

Barrows, Charles Clifford: The surgical treatment of prolapse of the uterus. (Die chirurgische Behandlung des Uterusprolapses.) New York State journal of med. Bd. 13, Nr. 1, S. 32—36. 1913.

Sigwart, W.: Über die Naht der großen Beckengefäße bei der abdominalen Radikaloperation. (*Univ.-Frauenklin. Berlin.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 1, S. 374—385. 1913.

Seit der ersten von W. A. Freund (1878) ausgeführten abdominellen Exstirpation des carcinomatösen Uterus haben wir gelernt, nach Spaltung des Lig. latum (Bumm 1905) die gesamten Beckengefäße von der Teilungsstelle der Iliaca bis zur Obturatoria und der vesicalis superior bloßzulegen und so dieselben bei der gründlichen Ausräumung des Parametriums und der Drüsen möglichst zu schonen, bei ev. Verletzung aber die Blutung nicht allein relativ leicht durch Unterbindung, sondern durch die Gefäßnaht zu beherrschen. Bei der Entfernung von carcinomatösen, besonders häufig mit der leicht verletzlichen Venenwand verbackenen Drüsenpaketen sind Verletzungen der hypogastrischen Gefäße und der Vena iliaca externa oft nicht zu vermeiden, während die Arteria iliaca externa wohl immer geschont werden kann. Eine Unterbindung der Vena hypogastrica, ja selbst der Vena iliaca communis bedeutet — dank der Ausbildung der Kollateralen sowohl nach der Vena iliaca externa als auch der Vena cava besonders durch die Venae vertebrales — keine länger dauernde Insuffizienz des venösen Rückflusses aus dem tieferen Beckengebiet. Auch die Unterbindung der Arteria hypogastrica ist ohne schwerwiegende Folgen, während die Arteria vesicalis sup. bei der Unterbindung der Arteria uterina wegen Gefährdung der Ernährung der Blasenwand möglichst zu schonen ist. Die Gefahr der Beingangrän nach der Unterbindung der Vena iliaca externa, welche so häufig der Sitz großer Drüsenpakete ist, wurde noch von Braune (1871) und Toldt (1897) stark überschätzt; nach Wolff ergab die Unterbindung dieser Vene nur in 5% aller Fälle einen schlimmen Ausgang mit Gangrän des Beines. Auch Braun und Müller wiesen beim Bestehen eines gewissen arteriellen Druckes das fast regelmäßige Vorhandensein eines venösen Kollateralkreislaufes (besonders durch die Vena obturatoria, glutaeae und die subcutanen Venen am hinteren oberen Umfang der unteren Extremität) zwar nach, jedoch wird man gerade bei der Verletzung der Vena iliaca externa die Venennaht versuchen, welche technisch sehr schwierig werden kann, wenn das zu nähende Gefäß bei korpulenten Frauen sehr tief im Becken liegt, oder wenn die flachliegende Vene nicht an ihrer breiten Oberseite verletzt, sondern seitlich geschlitzt ist. Aus den mitgeteilten Operationsberichten von sechs einschlägigen Fällen scheint hervorzugehen, daß man bei richtiger Technik (Carrel) eine durch die Gefäßnaht bedingte Thrombenbildung auch bei den Wundverhältnissen der Radikaloperation nicht zu fürchten braucht. *Sulzer* (Aachen).

Petit-Dutaillis, Paul: Technique de la résection de la portion vaginale du col, suivant le procédé de Pouey. (Technik der Portioamputation nach Pouey.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 534—536. 1913.

Der Fehler der Schroederschen Amputation liegt in den seitlichen Incisionen, welche Gefäße, Nerven und ringförmige Muskelfasern durchschneiden. Nach Pouey werden die seitlichen Incisionen vermieden; von einer zirkulären Incision ausgehend wird die muskuläre Schicht mit Schonung der Mucosa zylindrisch ausgehöhlt und dann die gespaltene Mucosa mit dem äußeren vaginalen Rand des Stumpfes vernäht. *Klein* (Straßburg i. E.).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

McAllister, Victor J.: A preliminary investigation concerning the glycogen content of the mucous membrane of the fallopian tube. (Vorläufige Unter-

suchungen in bezug auf Glykogengehalt der Tubenschleimhaut.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the British empire Bd. **24,** Nr. 2, S. 91—97. 1913.

Der Verf. hat die Tubenmucosa von 29 gynaekologischen und geburtshilflichen Fällen untersucht in bezug auf ihren Gehalt an Glykogen und bediente sich hierbei der Bestschen Karminfärbung, hie und da auch zur Kontrolle der Lubarschschen Jodfärbung der in Paraffin eingebetteten Präparate. Er fand Glykogen in den Epithelzellen der Schleimhaut von 7 Tuben, bei Metritis, Uterusmyomen, Uterusruptur, Tubargravidität usw. Schwangerschaft ist nicht Bedingung zum Vorhandensein von Glykogen. Der Glykogengehalt der Tubenschleimhaut unterliegt bedeutenden Schwankungen; wenn das Endometrium von Glykogen strotzt, kann die Tube glykogenfrei sein und viceversa. Entzündung hat keinen Einfluß auf den Glykogengehalt der Tubenschleimhaut. Glykogen ist wahrscheinlich nicht die einzige Substanz in der Mucosa des Genitaltraktus, welche zyklischen Schwankungen in bezug auf Menstruation unterworfen ist. *Klein* (Straßburg i. E.).

Bovis, R. de: Le diagnostic des salpingites tuberculeuses. (Die Diagnostik der tuberkulösen Salpingitis.) Semaine méd. Jg. **33,** Nr. 38, S. 445—446. 1913.

Nach Labhardt kommt die tuberkulöse Ätiologie in 11,5% aller Adnexerkrankungen, nach Pankow in 22% zur Geltung. Die Diagnose ist oft schwierig. Die besondere Härte der tuberkulösen Exsudate, die Höcker und Kanten und schließlich die Knoten sind nicht typisch oder spezifisch; besonders den Knoten begegnet man auch sonst. Ascites ist, wenn vorhanden, viel bedeutsamer, er zeigt die Peritonealtuberkulose an. Die bakteriologische Untersuchung der Uterussekrete ist unsicher, die Curettage führt nach Ansicht des Verf. selten zum Ziel, da Adnextuberkulose ohne Uterustuberkulose vorkommt, außerdem Gefahr der Generalisation (Prochownik, Gräfenberg). Warnung davor. Die Tuberkulinreaktionen leisten wenig, Anamnese und Beobachtung leisten viel mehr. Hypoplasie der Genitalien, Menstruationsstörungen, Sterilität; dauerndes, nicht hohes Fieber, Mitbeteiligung anderer Organe, rezidivierende Peritonitisattacken, die meist nur geringe Symptome machen — alles beachtenswerte Punkte. Salpingitiden bei Virgines intactae sind tuberkuloseverdächtig. Periodische Volumenveränderungen der Adnextumoren ev. mit Ausfluß ex utero sind nicht pathognomonisch, aber die Periodizität doch sehr wertvoll für die Diagnose. *Schröder.*

Halpenny, Jasper: Free, suppurative peritonitis due to pyosalpinx. (Freie eitrige Peritonitis vom Pyosalpinx ausgehend.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3,** Nr. 8, S. 686—693. 1913.

Eingehende Krankengeschichten von 12 einschlägigen Fällen. 3 Frauen starben; eine kam moribund ins Hospital und wurde nicht mehr operiert; bei ihr sowie bei einer zweiten, die trotz Laparotomie zugrunde ging, handelte es sich um unter der Geburt geborstene Pyosalpingen. Der dritte Todesfall betrifft eine Kranke, wo zunächst nur eine vaginale Incision und erst später, weil das Befinden sich nicht besserte, die Laparotomie gemacht wurde. Im allgemeinen wurde immer sogleich laparotomiert, der Eiter entleert und die kranke Tube bzw. die Tuben entfernt. Revision des Appendix; im allgemeinen wurde drainiert, nur bei älteren und alten geborstenen Pyosalpingen, nicht bei den frischen, wo die Fimbrien noch offen waren. *Hannes* (Breslau).

Roveda: La funzione ovarica come causa efficiente di forme morbose. (Die Funktion der Ovarien als Ursache von Krankheiten.) Arte ostetr. Jg. 27, Nr. 17, S. 263—265. 1913.

Abgesehen von Ausfallserscheinungen nach Kastration, kann die Menstruation die verschiedensten Erscheinungen auf nervösem Gebiete, wie auch des ganzen Körpers auslösen bis zur Unerträglichkeit. Daß sie abhängen von dem Ei, zeigen die Fälle von Amenorrhöe. Verf. erwähnt hier auch die Uteruskoliken bei Cervicalstenose und die Hyperämien bei Myom, die durch Menorrhagien lebensgefährlich werden können. Das Nervensystem, besonders bei Disposition, kann bis zum Verlust der Verantwortlichkeit des Patienten gestört werden. Zahlreich sind auch die Hautveränderungen, die der Menstruation vorangehen, sie begleiten oder ihr folgen. Alle Organe der Frau können getroffen werden und unzählige Störungen des weiblichen Organismus nach sich ziehen. *Berberich* (Karlsruhe).

Franqué, Otto v.: Heilung eines Ovarialcarcinoms mit Metastasenbildung durch Operation mit nachfolgender Röntgenbestrahlung. (*Kgl. Frauenklin., Bonn.*) Zeitschr. f. Röntgenkunde Bd. **15,** H. 6, S. 173—178. 1913.

Beschreibung eines Falles von rechtsseitigem Ovarialcarcinom, das infolge ausgedehnter Metastasenbildung nicht mehr radikal operiert werden konnte. Zur Beseitigung der Meta-

stasen wurde als letzter Versuch der Rettung eine Röntgenbehandlung vorgenommen. In ungefähr 3wöchigen Intervallen wurde am Orte der Metastasenbildung 5mal je eine Erythemdosis auf die Haut appliziert. Fokus-Haut-Distanz 33 cm, Aluminiumfilter von 3 mm Dicke. Der Erfolg war ein recht guter. 1 Jahr nach der Operation ist von der vorher deutlich fühlbaren Metastasenbildung nichts mehr nachzuweisen. Zur Sicherung des Erfolges wurde noch eine weitere Bestrahlung vorgenommen (8 Erythemdosen auf jederseits 4 Felder, Fokus-Haut-Distanz 18 cm, 3 mm Aluminiumfilter). Bemerkenswert ist, daß trotz der ausgesprochenen Malignität der Geschwulst die Metastasen durch relativ kleine Dosen zum Schwinden gebracht wurden.
Borell (Düsseldorf).

Audebert et Mériel: Volumineux kyste hématique de l'ovaire à symptomatologie de grossesse ectopique. (Umfangreiche Blutcyste des Eierstocks mit den Symptomen einer Extrauterin-Gravidität.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 604—607. 1913.

Eine blutgefüllte Cyste des Ovariums, die alle klinischen Symptome einer ektopischen Schwangerschaft bot und erst durch die mikroskopische Untersuchung in ihrem wahren Charakter erkannt wurde.
Bayer (Köln).

Bland-Sutton: A note on typhoid infection of ovarian cysts. (Ein Beitrag zur Infektion der Ovarialcysten mit Typhusbakterien.) Universal med. rec. Bd. 3, S. 385. 1913.

Der Autor betont mit Nachdruck die Wichtigkeit der Unterscheidung der Typhusbacillen von B. coli und B. paratyphus und ferner die Bedeutung der Kulturen auf besonderen Nährböden und die Agglutination. Alle diese Methoden wurden mit Erfolg bei den beiden berichteten Fällen zur Aufklärung der Art der Infektion angewandt.

1. Die Pat. war vor einem Jahr wegen Typhus behandelt worden. Die Cyste war hyperämisch, bläulich verfärbt und in das leicht adhärente Netz eingehüllt, zeigte aber keine Stieldrehung. Der flüssige Inhalt war gelblich-eitrig und geruchlos und ergab eine Reinkultur von Typhusbacillen. 2. Pat. hatte vor 15 Jahren Typhus, und bald danach wurde eine Ovarialcyste eröffnet und drainiert, eine Fistel bestand angeblich seit neun Monaten. Verf. entfernte bei der Operation eine infizierte Dermoidcyste, der Eiter enthielt sowohl Typhusbacillen wie Streptokokken. Das Blut der Pat. ergab deutliche Agglutinationreaktion, obwohl Urin und Faeces ein negatives Resultat ergaben.

Der Verf. erklärt, daß die Mehrzahl der veröffentlichten Fälle von mit Typhusbacillen infizierten Cysten Dermoide sind. Die lange Dauer der Infektion im zweiten Falle ist in jeder Beziehung mit den wohlbekannten ähnlichen Infektionen der Gallenblase zu vergleichen.
Ruhemann (Berlin).

Brettauer, Joseph: Perithelial sarcoma of the ovary. (Peritheliales Sarkom des Ovariums.) (New York obstetr. soc., meet. 8. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 539—543. 1913.

Verf. entfernte, zusammen mit einem myomatösen Uterus, ein über kindskopfgroßes Sarkom des rechten Ovariums, das seit 2½ Jahren unbestimmte Schmerzen im Abdomen, vermehrten Harndrang und Gewichtsverlust gemacht hatte. Die Geschwulst ging von der perithelialen Bekleidung der Capillaren aus.
Rittershaus (Coburg).

Schwartz: Kruchenberg tumor. (Krukenbergscher Tumor.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 561—562. 1913.

Nußgroßer, cystischer Ovarialtumor, der nicht deutlich die charakteristischen, zuerst von Krukenberg, später von Marchand beschriebenen Rundzellen aufwies und als fibrosarcoma mucocellulare carcinomatoides bezeichnet worden ist. Die klinische Diagnose lautete auf fibroma ovarii.
Klein (Straßburg i. E.).

Zeynek, R. v., und F. Ameseder: Untersuchung des Fetts aus Ovarial-Dermoidcysten. (*Dtsch. med.-chem. Univ.-Inst., Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 38, S. 535—536. 1913.

Das Fett der Ovarial-Dermoidcysten nimmt infolge seines großen Gehaltes an Alkoholen eine Sonderstellung unter den tierischen Fetten ein. Während bereits früher Zeynek neben den allgemein vorkommenden Fettsäuren Myristinsäure und Arachinsäure nachweisen konnte, auch kleine Mengen von Cholesterin isolierte, so war die genaue Charakterisierung der öligen Alkohole bisher nicht gelungen. Auf Grund der Untersuchungen von Kumagawa und Sutos über die Trennung der Fettalkohole

von den Fettsäuren gelang es nunmehr, einen Teil der großen Schwierigkeiten zu überwinden, die sich der Gewinnung einer reinen Fraktion unverseifbarer Substanzen entgegenstellen.

Die Fette müssen wiederholt mit weingeistiger Lauge verseift werden und, um Verharzungen der Alkohole mit dem Sauerstoff der Luft zu verhüten, alle Erwärmungen und Verdunstungen im luftverdünnten Raume vorgenommen werden. Die sich beim Ausschütteln bildenden Magmaschichten werden getrocknet und mit Weingeist und Petroläther aufgenommen. Der flüssige Anteil der Alkoholfraktion wurde bei einem Quecksilberdruck von 1—3 mm fraktioniert destilliert, wobei weder Rauch noch Gasentwicklung zu beobachten war. Die bei den ersten Fraktionierungen wiederholt ausgeschiedenen festen, kristallinischen Massen wurden durch Zentrifugieren getrennt. Die Reihe der gewonnenen Fraktionen hatten z. T. Alkoholnatur, waren aber z. T. Kohlenwasserstoffe. Die Kohlenwasserstoffraktion wird als weiße, kristallinische Masse von schwach aromatischem Geruche charakterisiert, Schmelzpunkt bei 40°, Siedepunkt bei 1 mm Quecksilberdruck bei 192°; spezifisches Gewicht bei 19° 0,8452, Molekulargewicht 228. Die Elementaranalyse ergab 88,03% Kohlenstoff, 12,12% Wasserstoff, entsprechend einer Formel $C_{16}H_{28}$. Die Jodzal betrug 167,9. *Weishaupt* (Berlin).

Smet de, Arth.: La syphilis de l'ovaire, par les Drs. P. Dalché et Ch. Fouquet. Analyse. (Syphilis der Ovarien.) Ann. et bull. de la soc. de méd. de Gand Bd. 4, H. 6/7, S. 338—339. 1913.

Pathologisch-anatomisch zeigt sich die hereditäre und erworbene Syphilis der Ovarien in entzündlichen Prozessen, die bald zu spezifischen Gefäßveränderungen führen, in intraovariellen Hämorrhagien und in periovariellen Entzündungen. Das Ovar wird hart, klein, uneben. Oft treten auch seröse und serös-hämorrhagische Cysten auf. Selten sind richtige Gummata, die dann manchmal schwere Verwachsungen mit der Umgebung verursachen. Klinische Symptome sind: Periodenstörungen, oft erst spät auftretend, Menorrhagien und Metrorrhagien, begleitende Ovarialneuralgien, oft Dysmenorrhöe, selten Amenorrhöe und folgende Sterilität. Tastbefund: häufig große, schmerzhafte Ovarien. Diagnose per exclusionem zu stellen und durch Wassermannsche Reaktion. Therapie: antiluetische Behandlung. *Moos* (Breslau.)

Schottmüller, H., und W. Barfurth: Zur Ätiologie der eitrigen Adnexerkrankungen. (*Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.*) Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 2, H. 1, S. 45—95. 1913.

Angesichts der hohen Pathogenität, welche die anaeroben Mikroorganismen beim Puerperalfieber nach Abort und Partus zeigen, haben sich die Verf. zur Aufgabe gemacht, festzustellen, inwieweit diese Erreger lokale Infektionen, d. h. schwere eitrige Prozesse der weiblichen Genitalien, Pyosalpinx und pelveoperitonitische Prozesse mit Absceßbildung bedingen. Ihre bakteriologische Forschung erstreckt sich auf 89 Fälle, bei denen aus diagnostischen und hauptsächlich therapeutischen Gründen versucht wurde durch vaginale Punktion die Eitersäcke nach außen zu entleeren. Von dem mit steriler Spritze entnommenen Eiter wurden Kulturen auf aerobe und hauptsächlich anaerobe Bakterien angelegt. Bevor Verff. ihre Resultate berichten, geben sie einige geschichtliche Daten von den Anschauungen über die Ätiologie der Beckeneiterungen wieder und weisen auf die Wandlung hin, die die Forschung nach der Entdeckung der gon. Adnexerkrankung annahm, nachdem früher ausschließlich an die puerperale Infektion als ätiologischer Faktor für die Adnexeiterung geglaubt wurde. Allerdings trat sodann eine Verschiebung in der Beurteilung der Krankheitsursache bei diesen Entzündungen insofern ein, als man aus der einseitig puerperalen Beurteilung zur einseitig gonorrhoischen überging. Wurden im Eiter des Pyosalpingen andere Bakterien als Gonokokken gefunden, so glaubte man an eine sekundäre Infektion vom Darm her. Verff. weisen nunmehr darauf hin, daß doch höchst selten eine puerperale Infektion durch Gonokokken stattfindet, daß dagegen erfahrungsgemäß die gewöhnlichen Eitererreger und ganz besonders auch anaerobe Bakterien bei diesen Erkrankungen eine große Rolle spielen. Sie ziehen daraus den Schluß, daß auch bei den lokalen Beckenerkrankungen diesen anaeroben Bakterien eine weit größere Rolle zukommt, als bisher angenommen wurde. Durch die häufigen negativen Resultate der aeroben Züchtungsmethode beim Tubeneiter sahen sich die Verff. veranlaßt, die anaeroben Nährböden in ausgedehnterer Weise zu

verwenden. Es zeigt sich hierbei (s. Statistik), daß die Zahl der durch Anaerobier hervorgerufenen Adnexeiterungen ganz erheblich ist und daß die Zahl der durch Gonokokken verursachten Tubenerkrankungen weit niedriger erscheint, als bisher angenommen wurde. Klinisch sind die Anaerobier deshalb von großem Interesse, weil sie es neben dem Bact. coli vor allen Dingen sind, die dem Eiter den fötiden Geruch geben. Die Infektion findet nach der Ansicht der Verff. nicht vom Darm her, sondern vom Endometrium aus statt. In einer großen Anzahl von Fällen gelang es den Verff., im Endometrium genau dieselben anaeroben Keime wie im Adnexeiter zu finden. Daß dies nicht immer möglich war, liegt nach Ansicht der Verff. daran, daß die Keime im Cervicalkanal zur Zeit des Entstehens der Adnexeiterung entweder schon verschwunden oder von anderen schon überwuchert waren. Infektionen vom Blute her schließen die Verff. aus, obgleich sie in einigen Fällen im Blute dieselben Bakterien wie im Eiter fanden. Disponierende Momente für das Stattfinden der Infektion sind Abort und Partus und vor allen Dingen kriminelle Manipulationen an den Genitalien. In einigen Fällen fanden Verff. bei bestehender Cervicalgonorrhöe im Tubeneiter keine Gonokokken, dagegen aber anaerobe Bakterien. Sie sind der Ansicht, daß dies nicht unbedingt erst eine sekundäre Infektion zu sein braucht. Reine Gonokokkeninfektionen der Tube geben nach ihrer Meinung die beste Prognose ab, da die Gonokokken rasch im Tubeneiter absterben. Bestimmte charakteristische klinische Unterscheidungsmerkmale der septischen und gon. Prozesse gibt es nicht. Die Arbeiten Schriddes und Pankows, die ein streng einheitliches Bild der Tubenprozesse herzustellen versuchen, erkennen Verff. nicht an. Um die Frage der Ätiologie zu entscheiden, bedarf es ihrer Ansicht nach einer großen, durch bakteriologische Untersuchungen des Eiters kontrollierten Materials. Ihre Therapie der Beckeneiterungen ist fast durchweg konservativ. Vaginale Punktion, Verwendung des Perthesaspirationsapparates verringern die Krankheitsdauer. Erforderlich ist Leukocytenbestimmung. Bei genügendem Eiterabfluß sinkt die Leukocytenzahl, die bei beginnender und noch bestehender Eiterung stark vermehrt ist. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 40 Tage. Über die genaueren Resultate muß an Ort und Stelle nachgelesen werden. *Markus.*

Bauchorgane:

Cholmeley, W. F.: Abdominal surgery. (Bauchchirurgie.) British med. journal Nr. **2751,** S. 718—721. 1913.

Besprechung derjenigen Eigenschaften, die Verf. auf Grund eigener Erfahrungen für die wichtigsten eines Chirurgen hält: Wahl des richtigen Zeitpunkts zur Operation; Schnelligkeit; Geschicklichkeit und Zartheit im Untersuchen und im Fühlen; Kaltblütigkeit; schnelle Entschlußfähigkeit; genaue Abwägung, wo eine Operation fortzusetzen oder abzubrechen ist (ev. Selbstbeschränkung). Diese Ausführungen werden durch Beispiele belegt. Dazu kommt eine Sammlung von Fällen diagnostischer Irrtümer, die durch Operation geklärt, und richtiger Diagnosen, welche bestätigt wurden. *Michael* (Leipzig).

Davies, William T. F.: A method of operating for radical cure of inguinal hernia. (Eine Operationsmethode zur radikalen Beseitigung des Leistenbruchs.) British med. journal Nr. **2751,** S. 727—728. 1913.

Bei den allgemein üblichen Operationsmethoden kommen nicht selten Rezidive vor, die oft ihren Grund in dem Zurückbleiben eines Peritonealtrichters oder einer Grube an der Stelle des inneren Leistenringes haben. Dieser Fehler läßt sich mit Sicherheit vermeiden, wenn nach Davies' Angaben der Verschluß des Peritoneums unter Leitung des Auges geschieht. D. eröffnet von dem gewöhnlichen, nur etwas höher hinauf geführten Schrägschnitt aus zunächst das Peritoneum oberhalb des inneren Leistenringes, besichtigt denselben von innen, zieht den Bruchinhalt heraus und schneidet nun den in situ gelassenen Bruchsack ab wie den Finger eines Handschuhs an seiner Ansatzstelle zur Hand. Die Peritonealöffnung wird mit fortlaufender Naht genäht, dann erst der Bruchsack entfernt und die Muskel- und Fasciennaht ausgeführt.
Mac Lean (Wurzen).

Fabre et Bourret: Un cas de granulie péritonéale dans le post partum chez une malade présentant une tuberculose annexielle ancienne. (Ein Fall von Bauchfellmiliartuberkulose im post partum bei einer, eine alte tuberkulöse Adnexerkrankung darbietenden Patientin.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 32, S. 638—639. 1913.

Die 22jährige Patientin bot während der Schwangerschaft tuberkulöse Erscheinungen der Pleura und der rechten Lungenspitze dar. 2 Tage nach der Geburt eines normalen Kindes stieg die Temperatur plötzlich bis auf 41,1°. Exitus 1 Monat später. Bei der Sektion findet man eine heftige tuberkulöse Peritonitis mit zahlreichen Adhäsionen. Die linke Tube stellte einen kleinen eitrigen Tumor dar, in dem Tuberkelbacillen gefunden wurden.

Dieser Befund stimmt mit der Theorie überein: in der Schwangerschaft kommt die Miliartuberkulose meist aus einem extragenitalen Herde, während nach der Geburt der Ausgangspunkt fast immer genital ist. Die Geburt wirkt wie ein chirurgisches Trauma auf die tuberkulösen Genitalherde. Die in der Gebärmutter verbreiteten Tuberkelbacillen finden nach der Lösung der Placenta eine breite Eingangspforte.

R. Chapuis (Genf).

Williams, Espy M.: Sarcoma of the small intestine. (Sarkom des Dünndarms.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66,** Nr. 3, S. 173—181. 1913.

An der Hand eines glücklich durch Resektion geheilten Falles bei einer 18jährigen Negerin Besprechung der Kasuistik unter Zugrundelegung der statistischen Daten von Nothnagel, Krueger und besonders Moynihan, sowie der Abgrenzung gegen diagnostisch oft schwer davon unterscheidbare Zustände: Appendicitis, Carcinom, tuberkulöse Peritonitis, stielgedrehtes Ovarialcystom. Die Diagnose wird fast stets erst bei offenem Abdomen gestellt. Therapeutisch ist, wenn keine Generalisierung stattgefunden hat, auch bei ausgedehnten Tumoren Operation zu empfehlen. Die primäre Operationsmortalität von 37½% nach Moynihan erscheint dem Verf. viel zu hoch gegriffen.

Michael (Leipzig).

Cirera-Salse: Behandlung der Appendicitis mit Galvanisation und Faradisation. (Vortr., geh. a. d. internat. Kongr. f. Physiotherap., Berlin, März 1913.) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 38, S. 1750—1751. 1913.

Schwartz, Emil: Carcinoma of the appendix. (Appendixcarcinom.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol,, meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 3, S. 560—561. 1913.

Präparate eines Appendixcarcinoms; die Spitze verdickt und solid, der proximale Teil der Appendix dilatiert; nach Lubarsch gehen diese Carcinome von den Lieberkühnschen Drüsen aus.

Hannes (Breslau).

Bonneau, Raymond: Des intoxications intestinales graves surajoutées à l'appendicite. (Komplizierende intestinale Intoxikation bei Appendicitis.) Prov. méd. Jg. **26,** Nr. 35, S. 386—387. 1913.

Betrifft Fälle schwerer, vom Darm ausgehender Vergiftungserscheinungen von Seiten innerer Organe, die von den übrigen Erscheinungen der Appendicitis mitunter gut abgrenzbar sind. Diesen Zwischenfällen ist nach Möglichkeit vorzubeugen durch Behandlung des Darmes 1. vor der Operation: Diät und geeignete Entleerungsmethoden; 2. bei der Operation durch genaue Prüfung des Kolon auf etwaige Beteiligung am phlegmonösen Prozeß (Typhlitis). In Fällen höheren Grades dieser Typhlitis schlägt Bonneau die Appendikostomie an der Basis des amputierten Wurmfortsatzes mit Einführung eines Drain in das Coecum vor. Zweck: Entlastung des Dickdarms von zersetzten Massen und Gasen, Durchspülung, in äußersten Fällen Erweiterung zur Kolostomie; 3. nach der Operation: bei bedrohlichen Erscheinungen, die mit Wahrscheinlichkeit auf intestinaler Intoxikation beruhen, sekundäre Einnähung des Appendixstumpfes zur Fistelbildung.

Michael (Leipzig).

Letulle, Maurice, Examen microscopique d'un appendice atteint de dilatation chronique généralisée, en amont d'un rétrécissement inflammatoire de la base de l'organe (appendicite chronique kystique). (Mikroskopische Untersuchung eines chronisch allgemein dilatierten Appendix, sowie einer entzündlichen Verengerung des Organansatzes [chronisch-cystische Appendicitis].) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **88,** Nr. 5, S. 237—239. 1913.

Chrétien: Appendicectomie et présence d'un noyau de cerise dans l'appendice. (Appendicektomie und Vorhandensein eines Kirschkerns im Appendix.) Arch. provinc. de chirurg. Bd. **22**, Nr. 8, S. 464—465. 1913.

Bienvenüe, Fred: Les diverticulites et leurs rapports avec l'occlusion intestinale par diverticule de Meckel. (Diverticulitis und ihre Beziehung zum Darmverschluß durch Meckelsches Divertikel.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21**, Nr. 2, S. 113—128. 1913.

Manche Erfahrungen weisen darauf hin, daß, abgesehen von den Verschlußerscheinungen durch akute phlegmonöse Prozesse, viele dieser mechanischen Verschlußursachen (Abknickung, Torsion, Ring- und Schlingenbildung) auf abgelaufene „Diverticulitis" zurückgehen.

Bei 2 Mädchen von $2^1/_2$ bzw. $9^1/_2$ Jahren, bei denen scheinbar mechanischer Darmverschluß vorlag, ergab die Operation und die Autopsie Diverticulitis. Beide Fälle begannen mit pseudoappendikulären Erscheinungen und gingen, wie gewöhnlich, in das Bild des Ileus über.

Zu den von Cahier aufgestellten diagnostischen Merkmalen fügt Bienvenüe den Abstand des schnellen Pulses von der nur selten erhöhten, meist subnormalen Temperatur, die Weichheit und Unempfindlichkeit des Abdomens, das Fehlen von Meteorismus. Ratsam, bei jedem an Appendicitis operierten Kind, bei dem der operative Befund die Heftigkeit der klinischen Symptome nicht erklärt, nach einem Meckelschen Divertikel zu suchen. Therapie: Prophylaktisch Abtragung des Divertikels, wo man es antrifft. Invagination in den Darm mit Übernähung (Ewing) verengt ein ohnehin häufig schon durch Schrumpfung und entzündliche Schwellung verengtes Darmstück. Divertikel und Diverticulitis würde man häufiger antreffen, wenn man häufiger an sie dächte. *Michael* (Leipzig).

Axtell, W. H.: The ultimate nervous results of acute angulation of the sigmoid and the consequent fecal stasis. (Die nervösen Endfolgen der akuten Winkelbildung des Sigmoideum und der nachfolgenden Kotstauung.) Northwest med. Bd. **5**, Nr. 8, S. 215—217. 1913.

Bei ungefähr 400 Fällen von chronischer Verstopfung fand Axtell gewöhnlich eine Knickung des Sigmoideum. Er glaubt, daß eine große Anzahl nervöser Erscheinungen Folgen dieser Affektion sind und hat durch Beseitigung der Verstopfung auch die Störungen des Nervensystems heben können. Seine Fälle teilt er ein in 1. schwere Fälle: 4 mal akute Manie, 42 mal Epilepsie, 5 mal Pseudotyphus; 2. mittelschwere: 32 mal Melancholie, 2 mal chronische Sciatica, 2 mal chronische Lumbago, 2 mal Ulcus corneae und 3. leichte Fälle: 5 mal Ekzem, der Rest Apathie und Neurasthenie. Fast alle wurden durch die Behandlung des Grundleidens geheilt. *Mac Lean* (Wurzen).

Jankowski, J.: Der Volvulus des Dickdarms. (*I. Stadtkrankenh., Riga.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **124**, H. 1/4, S. 229—308. 1913.

Bericht über 53 Fälle von Dickdarmvolvulus, darunter 5 mal Volvulus des Coecum. 13 mal (in einem Falle 3 mal) wurde nur die einfache Detorsion der torquierten Flexur und Fixation, 9 mal Enterotomie, 6 mal Enteroanastomie, 3 mal primäre Resektion, 8 mal Kolostomie gemacht. Geheilt 21, gestorben 32. Unter letzteren befinden sich alle Fälle mit zur Zeit der Operation bereits bestehender Peritonitis, ferner insbesondere diejenigen, bei denen sich höhere Grade von Achsendrehung (360° und mehr) fanden.

Die Therapie soll bei gutem Allgemeinbefinden und hochgradig geblähter Flexur in der Resektion und sofortiger Enteroanastomie bestehen; bei bereits gangränöser Flexur soll dies zweizeitig gemacht werden. Ist der Patient sehr kollabiert, so begnüge man sich bei nicht wesentlich geschädigtem, nach Detorsion sich deutlich erholendem Darme mit der Fixation. Die Anastomosenbildung zwischen beiden Flexurschenkeln kann einen neuerlichen Volvulus nicht verhindern. Ausschlaggebend für den günstigen Krankheitsverlauf ist möglichst frühzeitige Operation. *Freund* (Wien).

Riggs, T. F.: Fistula in ano — its rational and successful treatment. (Fistula in ano — ihre zweckmäßige und erfolgreiche Behandlung.) Saint Paul med. journal Bd. **15**, Nr. 9, S. 461—464. 1913.

Die allgemein üblichen Methoden der Behandlung bei Fistula ani (Excision, Spaltung und Auskratzung mit oder ohne Durchschneidung des Sphincter) geben keine durchweg befrie-

digenden Resultate, da durch Koteintritt Störungen der Wundheilung und Inkontinenz nicht selten sind. Riggs befürwortetet folgende, von A. W. Elting - Albany stammende Operationsmethode: Ausgiebige Dilatation des Sphincter, Ausschneidung des eingezogenen Teils der Rectalschleimhaut, Deckung des Defekts durch Herabziehen der Schleimhaut wie bei der typischen Whitehead - Hämorrhoidaloperation. Dadurch wird verhindert, daß in die Wunde, welche durch Spaltung und Auskratzung der Fistel entsteht, Faeces eintreten. Tamponade. Einlegen eines Darmrohrs, das nach 6—8 Stunden entfernt wird. Am 3. Tage Stuhl. Schnelle Heilung. Das Verfahren hat sich bei über 100 Fällen ausnahmslos bewährt. *MacLean.*

Montuoro, Fortunato: Die Wandermilz in ihren Beziehungen zu Geburtshilfe und Gynaekologie. (*Privatklin. v. Dr. F. Montuoro.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 3, S. 702—736. 1913.

Die Wandermilz ist eine Frauenkrankheit, da sie nur in Ausnahmefällen bei dem männlichen Geschlechte beobachtet wird. Infolge dieser Tatsache kann sie nicht allein auf kongenitale Anomalien der Milzgefäße und -ligamente bezogen werden. Ebensowenig kann man sie einfach auf eine größere Disposition des weiblichen Organismus für Erkrankungen zurückführen, weil gerade die Männer von den Milzkrankheiten und -vergrößerungen am häufigsten befallen werden. Auch ist es nicht angängig, sie zum größten Teile von den durch das Korsett erzeugten thoraco-abdominalen Veränderungen abhängig zu machen, da statistisch nachgewiesen ist, daß in der Mehrzahl der Fälle Bäuerinnen von der Krankheit befallen werden. Ebensowenig kann man die Gründe zu derselben einzig und allein suchen in den Veränderungen des abdominellen Druckes, der Wände und der Statik der Bauchwände, die während der Gravidität und nach der Geburt auftreten, da die Wandermilz gar nicht so selten bei nulliparen Frauen beobachtet ist. Alle diese Ursachen spielen nach Verf.s Ansicht zwar keine ganz untergeordnete Rolle, doch wird die vollständige Kenntnis der Wandermilz erst möglich sein, wenn wir die innersten Beziehungen der Milzfunktionen zu den menstruellen Funktionen eingehend genug studiert haben. Die Wandermilz übt einen sehr großen Einfluß auf die Funktion der Genitalien aus, wenn sie mit ihnen in Berührung kommt resp. mit ihnen Verwachsungen aufweist. Noch eklatanter wird dieser Einfluß sein bei Stieldrehung sowohl infolge der schweren Strukturveränderung der Milz, als auch infolge der ev. entzündlichen Reaktionen im Peritoneum und in den benachbarten Organen. Während im allgemeinen eine in den Douglas gefallene Milz die Beendigung der Geburt nicht unbedingt hindert, ist der Einfluß der Gravidität auf die Milz bedeutender, indem sie ihre Quetschung zwischen Uterus und Becken veranlassen kann, ihr Descendieren befördert und die Stieldrehung begünstigt. Die Milzexstirpation in der Schwangerschaft ist eine Operation, die eine sehr günstige Prognose bietet. Unter den zahlreichen diagnostischen Hilfsmitteln ist die stete Vergegenwärtigung der Möglichkeit, daß die Wandermilz einen Genitaltumor vortäuschen kann, das Beste und Leichteste, um vor diesbezüglichen Irrtümern zu bewahren. *Ebeler* (Köln).

Harnorgane:

Block, J.: The diagnosis of the surgical renal affections. (Die Diagnose chirurgischer Nierenaffektionen.) Med. times Vol. **41**, Nr. **9**, S. **268**—271. 1913.

Der Verf. behandelt die Differentialdiagnose von Hämaturie, Pyelonephritis, Pyonephrose, Tuberkulose der Nieren, Nierensteinen und Neoplasmen, ohne daß sich daraus neue Gesichtspunkte ergeben. *Weibel* (Wien).

Legueu: Le choix de l'intervention dans la calculose rénale. (Die Wahl des Eingriffes bei der Steinniere.) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. 31, S. 484—487. 1913.

Parham, F. W.: The operative treatment of inaccessible vesico-vaginal fistulae. (Die operative Behandlung unzugänglicher Vesico-vaginal-Fisteln.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 368—370. 1913.

Postoperative Fistel nach Totalexstirpation des Uterus. Die schwer zugängliche Fistel wird zuerst vaginal nach der gewöhnlichen Weise, dann per laparotomiam zu schließen versucht. Beide Male Mißerfolg. Schließlich Spaltung der vorderen Vaginalwand von der Urethralmündung durch die Fistel bis zum vord. Scheidengewölbe. Ein querer Schnitt spaltet die Vagina durch die Fistel hindurch auch in querer Richtung. Die 4 Zipfel werden weit abprä-

pariert, die Blase dadurch beweglich und die Fistel zugänglich gemacht. Nachherige Naht in 2 Etagen ergibt vollen Erfolg. Die Methode wird auf George Gray Ward zurückgeführt.
Mathes (Graz).

Tumoren des knöchernen Beckens und der Glutaealgegend:

Law, Arthur Ayer: Ventral tumors of the sacrum. (Ventral gelegene Tumoren am Sacrum.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 340—346. 1913.

Übersicht über die Entstehungstheorien der Sakrococcygealtumoren und ihre Klassifikation.

Beschreibung einer solchen embryonalen Geschwulst bei einer Gebärenden, die als Fibroid der hinteren Cervixwand imponierte und wegen Geburtsbehinderung Veranlassung zur Sectio caesarea gab. Da man die Unabhängigkeit des Tumors vom Uterus zu spät erkannte, wurde ersterer exstirpiert, später erfolgte die Exstirpation der unter den klinischen Symptomen der Kachexie rasch wachsenden Geschwulst durch Resectio sacrococcygea, wobei die Masse sich als in zwei ovoide Geschwülste gegliedert erweist. Die erste, 9 cm im langen, 6 cm im kurzen Durchmesser messend, hat ein im rapiden Wachstum begriffenes Zellgewebe mit Nestern embryonaler Zellen von syncitia-ähnlichem Aufbau, der den Eindruck der Malignität macht. Dazwischen Blutungen, Nekrosen, Verkalkungen als Zeichen atypischer Wucherung und ungenügender Blutversorgung. Die kleine weist neuromartigen Charakter auf. Folgerung: Herkunft der Neubildung von versprengten Teilen der Endportion der Nervenrohrs mit teilweiser maligner Degeneration.
Michael (Leipzig).

Mamma:

Orlandi, Noël: Contributo statistico-istopatologico ai tumori primitivi sarcomatosi della mammella muliebre. (Statistischer Beitrag zur Pathologie der primären Sarkome der weiblichen Mamma.) (*Osp. magg., Milano.*) Osp. magg. Jg. **1**, Nr. 8, S. 519—526. 1913.

Verf. hat am Pathologischen Institut unter 159 Tumoren der Mamma 7 Sarkome gefunden, davon waren 2 Mischgeschwülste, Sarkocarcinome, die andern Osteosarkome, Fibrochondrosarkome, Kleinzellen-Polymorphzellensarkome. Von allen gibt der Verf. mikroskopische Beschreibungen, woran theoretische und statistische Ergänzungen aus der Literatur angeschlossen sind.
Berberich (Karlsruhe).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Fabre et Rhenter: Statistique de la clinique obstétricale de Lyon pendant l'année 1912. (Statistik der geburtshilflichen Klinik in Lyon im Jahre 1912.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg **2**, Nr. 3, S. 209 bis 219. 1913.

1. Geburten: Die Zahl der Geburten betrug 1146. 5 Frauen sind gestorben (0,43%), darunter 2 an Sepsis (von 7 von auswärts eingelieferten Sepsisfällen), 1 an Uterusruptur. Die Morbidität wurde so berechnet, daß alle Frauen, welche einmal rectal 38,5° oder dreimal 38,1° maßen, einbezogen wurden; die absolute Morbidität betrug 158 (13%), die relative „gereinigte" (nach Abzug von Tuberkulose, Angina usw.) 123 (10,6%). Bei 16 Frauen wurden hämolytische Streptokokken im Lochialsekret nachgewiesen. 827 Frauen kamen kreißend von auswärts, 86 (10,39%) erkrankten. Von 330 Hausschwangeren wurden 58 (17,7%) krank. Im ganzen wurde 3695 mal innerlich untersucht. Eine beigegebene Tabelle zeigt, daß in einem Monat mit der Höchstzahl von 490 Untersuchungen die Morbidität 21,4%, in einem Monat (Ferien) mit der Mindestzahl von 183 Untersuchungen aber 24,7% betrug. — Operationen: 35 (3%) Zangen: 2 Kinder tot; 11 Mütter bekamen Fieber. 3 Wendungen: Kinder leben, 1 Mutter Fieber. 4 zerstückelnde Operationen: (2 Perforationen am nachfolgenden Kopf, 1 am Steiß, 1 Embryotomie), 3 Mütter erkrankten. 2 Hebosteotomien: 1 Mutter Fieber, Kinder leben. 2 Kaiserschnitte (1 mal wegen engen Beckens, 1 mal wegen Myoms mit nachfolgender Totalexstirpation); Mütter und Kinder gesund. 7 Frühgeburtseinleitungen: 1 Mutter erkrankte, 2 Kinder starben. Hypophysenextrakt war ohne Wirkung bei der Frühgeburtseinleitung (Bongiemethode nach Krause, einmal in Verbindung mit Ballonbehandlung). 24 (2%) Steißlagen: 6 Kinder gestorben, 5 Mütter erkrankt. 3 (0,26%) Vorderhaupts- und 5 (0,43%) Gesichtslagen, alle Kinder und Mütter, mit einer Ausnahme, gesund. 11 (0,95%) Zwillingsgeburten: Mortalität der Kinder bis zum 5. Tag: 5 (22,7%), Morbidität der Mütter: 2 (18%); eine Frau starb an Embolie. 3 Placenta-praevia-Fälle: 1 mit Forceps behandelt, Kind lebt, 1 mit Blasensprengung, 1 mit Wendung nach Braxton-Hicks; beide mit totem Kind; alle 3 Frauen leben. 1 Eklampsie, die mit Chloral erfolgreich behandelt wurde. Bei 36 (3,1%) Frauen Nachgeburtsblutungen: bei 20 (1,7%) von ihnen manuelle

Placentarlösung. — 27 Kinder wurden totgeboren, davon 19 mit sicher nachweisbarer Syphilis; 1 Melaena mit Blutbrechen: ging in Heilung über; 3 gutartige Augeneiterungen; Mißbildungen: blindsackförmig endender Oesophagus, Anencephalus, Spina bifida, Cephalhämatom mit Gehirnblutung, Cystennieren usw. — 2. Aborte: 173 Frauen wurden eingeliefert: bei 13 von ihnen konnte der Abort aufgehalten werden; von den übrigen 160 Frauen starben 4 (2,3%), 56 (35%) bekamen Fieber (bei 6 Frauen waren hämolytische Streptokokken im Lochialsekret). 4 mal fand sich Zwillingsabort. Die Therapie bestand in Bettruhe und Abwarten bzw. in digitaler Ausräumung; nur 3 Frauen wurden ausgekratzt. — 3. Schwangerschaftskomplikationen: 1 perniziöse Anämie mit letalem Ausgang; 2 Eklampsien mit Heilung; 5 Frauen mit unstillbarem Erbrechen konnten geheilt werden (bei einer Frau spontaner Abort). *Jaeger* (München).

Keilmann, A.: Gesichtspunkte einer ärztlich-geburtshilflichen Statistik der Ostseeprovinzen. Petersburger med. Zeitschr. Jg. **38,** Nr. 17, S. 212—213. 1913.

In den baltischen Provinzen Rußlands wird, wie auch anderwärts, eine Abnahme der Geburtenzahl bemerkt. Zur Bekämpfung dieses Mißstandes bedarf es zunächst eines genauen Zahlenmaterials, das unter Heranziehung der statistischen Ämter zu gewinnen ist. Dabei sind die verschiedensten Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Geburtenzahl muß abhängig sein von der Anzahl der Ehen und deren Fruchtbarkeit, von den Schwangerschaftserkrankungen und der Häufigkeit der Fehlgeburten. Die Verhältnisse der primären und sekundären Sterilität, der Konzeptionsverhütung und der Stillfähigkeit sind zu untersuchen. In rascher Zunahme befindet sich die Zahl der Aborte. Untersuchungen über das Vorkommen spontaner und artifizieller Schwangerschaftsunterbrechung dürfte zu einer Revision auch der ärztlichen Indikationen führen. Die Sterbeziffern lassen sich gruppieren in Totgeburten, Säuglingssterblichkeit und spezifische Frauensterblichkeit. Durch bessere ärztliche Versorgung der einzelnen Bezirke könnte die Sterblichkeit von 3 auf 1,4% herabgedrückt werden. *Rittershaus.*

Schwangerschaft:

Neumann, Julius: Über Ernährungsprinzipien während der Schwangerschaft. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 39, S. 2510—2512. 1913.

Für die Entwicklung des Foetus ist von Bedeutung: Vererbung, Alter der Frau, Zahl der voraufgegangenen Geburten und für seine Größe das Alter des Eies bei der Befruchtung. Die Ernährung der Mutter — reichliche oder schmale Kost — ist im allgemeinen ohne Einfluß auf das Gewicht des Kindes; Verf. bestreitet daher den Nutzen der Prochownikschen Diät. Für Eisen, Kalk, Magnesium ist jedoch eine Aufspeicherung beim Foetus nachgewiesen; das Nabelschnurblutserum ist reicher daran als das Serum des retroplacentaren Hämatoms. Es empfiehlt sich also eine reichliche Zufuhr von Mineralsalzen in der Schwangerschaft, sowie von Fetten, weil diese bei der Mutter für die Lactationsperiode retiniert werden dürften. In der zweiten Hälfte der Gravidität ist die Eiweißkost wegen etwaiger Eklampsiegefahr zu beschränken. *Ehrenberg.*

Fraenkel, L.: Ovulation, Konzeption und Schwangerschaftsdauer. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 107—111. 1913.

Die prägraviden und prämenstruellen Veränderungen werden vom Corpus luteum bewirkt; es muß demnach die Ovulation der Menstruation zeitlich vorausgehen. Meist 19 Tage vor Eintritt der Menstruation ist ein junges Corpus luteum zu finden. Den Follikelsprung auf den Tag genau zu fixieren, ist aussichtslos: Verschiedenheiten des sexuellen Zyklus, individuelle und einmalige Faktoren ergeben kleine Varianten. — Die Frage: „Wird das Ei sogleich nach der Ovulation oder erst nach der folgenden Menstruation befruchtet?" sucht Verf. mittels folgender Überlegung zu lösen: Es ist bekannt, daß eine Anzahl weiblicher Personen aus einer längeren Amenorrhöe heraus direkt konzipieren (Jugendliche, Stillende, Chlorotische, Tuberkulöse usw.). Diese Personen sind also nach einer einzigen Ovulation schwanger geworden. — Diesen Personen muß man eine zweite Gruppe von Frauen gegenüberstellen, die gleichfalls nach längerer Amenorrhöezeit konzipieren, aber nach einer einmaligen vorausgegangenen Menstruation. — Während wir bei der ersten Gruppe bestimmt wissen, daß direkt nach der Ovulation Befruchtung eintrat, wissen wir bei der zweiten Serie nicht, ob direkt nach der Menstruation oder erst nach der zweiten Ovulation die Konzeption eintrat. Es enthält also unter keinen Umständen die erste Gruppe einen einzigen Fall der zweiten, wohl aber sehr leicht die zweite Gruppe Fälle der ersten oder besteht ganz aus solchen. Eine erhebliche Zahlenmehrheit in Gruppe 1 würde also beweisen, daß im allgemeinen nach der Ovulation, frühestens also 15—20 Tage nach Eintritt der letzten Menstruation, die Imprägnation stattfindet. —

Verf. fand nun unter rund 10 000 Frauen 109, die nach Amenorrhöe konzipierten; 74 ohne Menstruation, 35 nach einer Menstruation. Hieraus ist also mit Sicherheit zu folgern, daß die Konzeption dicht nach der Ovulation erfolgte. — Das Material entstammt der gynaekolog. Poliklinik. Werden diese Zahlen als entscheidend betrachtet, daß dicht nach der Ovulation, bei den regelmäßig Menstruierten also längere Zeit nach Eintritt der letzten Periode erst die Imprägnation stattfindet, so ist die Schwangerschaftszeit kürzer als bisher angenommen wurde. Solange man nur nach der Menstruation rechnen konnte, betrug die höchste denkbare Schwankungsbreite für das Alter des Eies 4 Wochen, nämlich die Zeit zwischen der zuletzt eingetretenen und der zuerst ausgebliebenen Periode; seit der Ovulationstermin bekannt ist, ist sie auf das Intervall von Ovulation zu Menstruation, also etwa das halbe Intermenstruum, reduziert. *Harm* (Dortmund).

Taussig, Fred J.: Factors in the formation of skin striations during pregnancy. (Über die die Hautstriae in der Schwangerschaft bedingenden Faktoren.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 17, Nr. 3, S. 335—340. 1913.

Durch genaue Untersuchung von 60 Erstgebärenden hat Verf. sich über die die Hautstriae bedingenden Faktoren zu unterrichten gesucht, deren Vermeidung mit derselben Berechtigung vom Arzte verlangt werden kann, wie die Erzielung einer strichförmigen Narbe nach chirurgischen Eingriffen. Nur 13 dieser 60 Frauen zeigten keine Striae. Prädilektionssitz dieser, meist im 6. und 7. Schwangerschaftsmonat auftretenden Striae sind der untere Teil der Abdomen, die Hüften, das Gesäß und die Brüste. Bemerkenswert ist, daß dieselben ausgesprochener bei jungen (unter 20 Jahren) Erstgebärenden als bei älteren waren, wie Verf. annimmt, weil mit dem allgemeinen Körperwachstum bei diesen auch die Haut unter stärkerer Spannung steht. Begünstigt wurde ferner die Striaebildung durch große Gewichtszunahme der Mutter in der Gravidität, verbunden mit Fettansatz, wie auch naturgemäß durch Abnormitäten des Schwangerschaftsproduktes wie Hydramnios, Zwillinge. Auffälligerweise fand Verf. ferner die ausgesprochenste Striaebildung bei Frauen, die kein Korsett trugen, es waren dies auch die Frauen, welche im Wochenbett die stärksten Grade der Erschlaffung der Bauchmuskulatur zeigten. Wenn Verf. auch beides auf die gleichen Ursachen zurückführen möchte, so glaubt er andererseits doch auch eine gewisse Muskelatrophie infolge des Druckes zwischen der gedehnten unelastischen Haut und dem stets wachsenden abdominalen Innendruck in der Gravidität annehmen zu dürfen. Eine Beziehung zwischen Ausdehnung dsr Stiaebildung und Neigung zu Dammrissen fand Verf. nicht. Zur sicheren Verhütung der Striae empfiehlt Verf. täglich nach einem warmen Sitzbad die Haut mit Glycerin 15 Minuten zu massieren, wobei die Haut ohne stärkeren Druck in Falten aufgehoben und leicht massiert wird. *Vaßmer* (Hannover).

Heaney, N. Sproat, and Carl H. Davis: Abderhalden's test of pregnancy. (Abderhaldenscher Schwangerschaftsnachweis.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 450—462. 1913.

Nach eingehender Schilderung der biologischen Grundlagen und der Technik der Abderhaldenschen Schwangerschaftsdiagnose referieren Verff. zunächst die mittels dieser Methode erzielten Resultate anderer Autoren und berichten dann über selbst angestellte Untersuchungen.

Während Verff. im Beginn ihrer Versuche, als die Placenta nicht genügend gekocht und nicht vor dem eigentlichen Versuch geprüft wurde, 5 mal ein positives Resultat erhielten, wo nicht Gravidität vorlag (2 männliche Luetiker, 1 Frau mit tuberkulöser Peritonitis, 1 Frau mit Amenorrhöe und multiplen, luetischen (?) Ulcera des Rektum, hatten Verff. bei einwandsfreier Technik bei 5 nicht graviden Frauen 1 mal positives Resultat bei Amenorrhöeperioden unklarer Ätiologie. Von 7 graviden Frauen ergaben 2 aus der 6. und 12. Schwangerschaftswoche ein negatives Resultat; während die erstere bei einem zweiten Versuch positiv reagierte, ergab die zweite auch hier ein negatives Resultat. Von 5 Wöchnerinnen ergaben 2 am 13. und 20. Wochenbettage ein negatives Resultat, während die 3 anderen, deren Geburt kürzer zurücklag positiv reagierten.

Unter Berücksichtigung der Literaturangaben und auf Grund ihrer negativen Resultate (die falschen positiven möchten sie auf Fehler der Technik zurückführen), äußern Verff. Zweifel an der Spezifizität der Abderhaldenschen Methode. Versuche aus der verdauenden Kraft des Serums gravider und nicht gravider Frauen gegenüber Pepton-(Witte-)Lösungen diagnostische Schlüsse ziehen zu können, mißlangen, da Unterschiede der peptolytischen Kraft wenn auch nachweisbar, doch nicht in Abhängigkeit von der Gravidität zu stehen schienen. *Vaßmer* (Hannover.)

Schmid, Hans Hermann: Serodiagnostik der Schwangerschaft mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. (*Dtsch. geburtsh. Klin., Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 39, S. 541—544. 1913.

Erörterung der bekannten Grundlagen und Technik der Methode. Kritische Übersicht

über die in der Literatur bekanntgegebenen Resultate nebst Literaturverzeichnis bis Juli 1913. 82 eigene Untersuchungen. Darunter 5 positive Reaktionen unter 32 Carcinomfällen, 2mal positive Reaktion mit Nabelschnurblutserum unter 6 Fällen und 5 Fehldiagnosen bei 38 Nichtgraviden (außer Carcinom). In den übrigen Fällen, auch bei Extrauteringravidität richtige Diagnose. *Fetzer* (Königsberg i. Pr.).

Fabre et Rhenter: De la contraction utérine de la grossesse. (Über Uteruskontraktionen in der Schwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 5, S. 490—493. 1913.

Die Verff. haben mittels der äußerlichen „Hysterographie" nach Fabre an elf Schwangeren die Kontraktionen des Uterus in der Schwangerschaft untersucht. Aus den Resultaten der Untersuchungen scheint ein gewisser Zusammenhang zwischen den Kontraktionen in der Schwangerschaft und der Wehentätigkeit unter der Geburt hervorzugehen. Es scheint, daß auf regelmäßige, deutliche Kontraktionen in der Schwangerschaft eine Geburt mit normaler kräftiger Wehentätigkeit folgt, daß andererseits bei überhaupt fehlenden oder doch nur schwach angedeuteten Schwangerschaftskontraktionen die Geburt sich durch seltene und schwache Wehen verzögert. Die Verff. hoffen nach weiteren Versuchen mit dem Hysterographen in der Schwangerschaft vielleicht eine gewisse Prognose für die Wehentätigkeit unter der Geburt stellen zu können. *Rath.*

Meyer, Robert: Die Entzündung als Entstehungsursache ektopischer Decidua oder Paradecidua. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 250—277. 1913.

An einer Reihe der in der Literatur niedergelegten Fälle von ektopischer Deciduabildung und seinem eigenen großen Material zeigt Meyer, daß die Deciduabildung außerhalb der Corpusschleimhaut, wie im Ovarium, an den Ligamenten und auf der Serosa (Beckenperitoneum, Uterus Tube, Darm, Netz) ferner in der Schleimhaut der Tube, der Cervix uteri und in Cervicalpolypen ebenso wie in Adenomyomen und in heterotopen Epitheleinschlüssen in ihrer Entstehung abhängig ist von vorangegangenen entzündlichen Gewebsveränderungen, und daß die Einwirkung von Hormonen an bestimmten Gewebe unter diesem Einflusse sinnfällig zur Geltung kommt, wo sie sonst nicht stattfindet. *Aschheim* (Charlottenburg).

Fabre et Bourret: Étude clinique et anatomo-pathologique d'un cas d'hypertrophie du col au cours de la grossesse. (Klinische und pathologisch-anatomische Studie über einen Fall von Portiohypertrophie während der Schwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 3, S. 206—209. 1913.

28jährige IIpara. Erster Partus: Forceps. Seitdem Scheidenvorfall, der nur schlecht durch Pessare zurückgehalten wurde. Während der 2. Schwangerschaft vergrößerte sich der Vorfall; ein eingelegter Ring schnürte die Cervix derart ab, daß es nur mit Schwierigkeit gelang, das Pessar zu entfernen. Im 8. Monat war der Vorfall ca. faustgroß. Die Portio war hypertrophiert ca. 6 cm lang und mit Geschwüren besetzt. Die Reposition gelang leicht; bei Bettruhe kam der Vorfall nicht zum Vorschein. 10 Tage darauf Partus. Die Cervix erweiterte sich, ohne zu verstreichen, die Muttermundslippen waren, als die Erweiterung vollendet war, 5 bis 6 cm lang, traten aber nicht vor die Vulva. 6 Wochen darauf Portioamputation, da sich die Portio vor die Vulva drängt. — Mikroskopische Untersuchung: Rete Malpighi ohne Veränderung; das Epithel des Cervikalkanals ist desquamiert, die Drüsen unverändert. Ausgedehnte kleinzellige Infiltration.

Interessant in klinischer Beziehung ist, daß das Collum sich zwar erweiterte, aber nicht verstrich. In pathologisch-anatomischer Hinsicht handelte es sich hier um eine chronische Entzündung, hervorgerufen durch Keime. Diese Infektion ist leicht zu erklären durch die beobachteten Ulcerationen. Diese durch Bakterien hervorgerufenen Hypertrophien können die Prognose für das Wochenbett trüben, da die bisher ruhenden Keime durch den Geburtsakt propagiert werden können. *Jaeger* (München).

Funck-Brentano, L.: Rétention prolongée dans l'utérus d'un crâne de foetus malgré deux curettages faits à un mois d'intervalle. (Lange Retention eines fötalen Schädels im Uterus trotz zweier innerhalb eines Monats ge-

machter Auskratzungen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 537—538. 1913.

Bei einer 29jährigen Frau wurde Ende des 6. Schwangerschaftsmonats das seit 14 Tagen abgestorbene Kind zerstückelt und extrahiert. Nach 48 Stunden wurde wegen Blutung und Fieber eine Auskratzung vorgenommen, wobei Knochenteile entfernt wurden. Da die Blutung mehr weniger fortbestand und die Temperatur nicht auf die Norm zurückging, erneute Abrasio und Entfernung eines Knochenstückes von Daumendicke (1 Monat nach der ersten Curettage). Die Blutung und das Fieber hörten nun auf, es bestand aber reichlicher, riechender Ausfluß, auch gingen Knochenstückchen ab. Eine $3^1/_2$ Monate nach der Extraktion vorgenommene Auskratzung förderte nun nach und nach die Knochen eines kindlichen Schädels zutage.

Bei den 2 vorhergehenden Abrasionen war statt des Cavum uteri die Schädelhöhle curettiert worden. Merkwürdig ist, daß die Periode 2 mal auftrat trotz der Retention des mit der Uterusschleimhaut verwachsenen Schädels. *Jaeger* (München).

Brouha: Deux cas de grossesse extra - membraneuse. (Zwei Fälle von Schwangerschaft außerhalb der Eihäute.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 2, Nr. 9, S. 105—110. 1913.

1. Sechsmonatige Gravidität, seit 1 Monat Fruchtwasser- und Blutabgang. Die Eihäute sind auf eine 1—2 cm breite Krause reduziert. Die Extremitäten des lebend geborenen Kindes sind deformiert. — 2. Siebenmonatige Gravidität, seit 3 Monaten Fruchtwasser- und Blutabgang. Lebendes Kind mit deformierten Extremitäten. Eihäute fehlen. In beiden Fällen kein Riß der Eihäute, sondern Atrophie und Vernarbung.

Ursache unbekannt. Wichtigstes Symptom Fruchtwasserabgang und Blutung. Mißverhältnis zwischen Hochstand des Fundus und Alter des Foetus. Es kommt zur Frühgeburt, deshalb und wegen der Deformitäten schlechte Prognose für das Kind. Gute Prognose für die Mutter. Therapie: Bettruhe, ev. Opium, gewöhnlich erfolglos. *Schiffmann* (Wien)

Remy, S., A propos du foeticide médical. (Über Tötung der Frucht durch ärztlichen Eingriff.) Rev. méd. de l'est Bd. 45, Nr. 8, S. 281—289. 1913.

Der Verf. stellt sich im Prinzip gegen die Eingriffe von Nichtspezialisten, welche das Leben des Kindes in der späteren Schwangerschaftszeit vernichten, und verlangt hauptsächlich zwei Punkte in sozial-medizinischer Hinsicht durchgeführt: 1. daß jeder praktische Arzt in die Lage gesetzt wird, Gebärende in Kliniken zu überweisen, die von Spezialisten geleitet werden; 2. wo dies nicht möglich ist, daß die praktischen Ärzte, die weit entfernt von größeren Städten sind, Spezialisten zu Rat ziehen müssen. *Franz* (Nürnberg).

Le Lorier, V.: Grossesse extra - utérine récidivante. (Wiederholte Extrauterinschwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 319—320. 1913.

32jährige Frau, welche ein Jahr vorher im 2. Monate eine Tubenruptur durchgemacht hatte; damals waren die rechten Adnexe entfernt worden. Jetzt war sie im 3. Monat gravid und zeigte Symptome einer drohenden Ruptur links, was bei der Operation bestätigt wurde. Supravaginale Uterusamputation mit der Entfernung der linken Adnexe. Glatte Heilung. *Frankenstein* (Köln).

Fabre et Bourret: Rupture de grossesse tubaire avec inondation péritonéale. (Ruptur der graviden Tube mit Erguß ins Peritoneum.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 2, S. 87—90. 1913.

Bei einer 33jährigen IV-Graviden kam es, nachdem von Ende Februar bis Mitte März unregelmäßige Blutungen bestanden hatten, die sich hierauf jedoch wieder bis Mitte Dezember in regelmäßigen Intervallen eingestellt hatten, plötzlich ohne vorausgegangene Schmerzattacken zum schweren Kollaps. Die Operation ergab eine Tubenruptur nahe dem uterinen Ende mit Blutung in die freie Bauchhöhle. Heilung. Bemerkenswert ist der sofortige Blutdruckanstieg nach der Operation. *Bienenfeld* (Wien).

Fowler, Royale Hamilton: The early diagnosis of extra-uterine pregnancy. (Die Frühdiagnose der Extrauteringravidität.) New York State journal of med. Bd. 13, Nr. 1, S. 38—40. 1913.

An der Hand von 11 operierten Fällen frühzeitiger Tubargraviditäten bespricht Verf. die Frühdiagnose derselben; deren Hauptsymptome vor der Ruptur sind Schmerzen, meist streng lokalisiert, Störungen der menstruellen Funktion in Gestalt einer leichten Blutung meist um die Zeit der zu erwartenden Periode, so daß sie auch meist als solche gedeutet wird

und nur durch ihren intermittierenden Charakter und geringere Stärke auffallen. Unter Verf.s Fällen kam es 5 mal vor der Ruptur zu dieser leichten Blutung, dabei war die Periode 2 mal 4 Wochen und 5 Wochen, 2 mal 7 Wochen und 1 mal 3 Monate ausgeblieben. Besonders verdächtig ist, wenn diese Blutungen mit leichten Ohnmachtsanwandlungen einhergehen. Der Palpationsbefund deckt sich in diesen frühen Fällen mit dem der Hydrosalpinx, wobei Fehlen entzündlicher Beckenerkrankungen in der Anamnese eher für Extrauteringravidität spricht. Wo eine Extrauteringravidität in chronisch entzündlichen Tuben auftritt, ist eine sichere Differentialdiagnose aus dem Palpationsbefund selten möglich. *Vaßmer* (Hannover).

Hadden, David: Report of case of double tubal pregnancy. (Bericht über einen Fall von doppelter Tubenschwangerschaft.) California state journal of med. Bd. **11**, Nr. 2, S. 60—61. 1913.

Vautrin: Grossesse utérine et grossesse tubaire simultanées. (Gleichzeitiges Bestehen von Intra- und Extrauterinschwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 2, S. 129—135. 1913.

Bei einer 36jährigen Frau sistierten die Menses Anfang Juli. 20. Oktober Abort einer 4 monatlichen intrauterin entwickelten Frucht. Ein in der l. Unterbauchgegend getasteter Tumor wird für ein Fibrom gehalten. Fortbestehen der Temperatursteigerung, Magen und Darmbeschwerden und das Wachsen des nunmehr eher cystischen Tumors (maligne Ovarialgeschwulst?) führten Mitte Dezember zur Laparatomie, die eine vielfachst verwachsene Hämatokele mit einem fast 5 monatlichen, nicht macerierten Foetus ergab. Ausräumung der Koagula, Lösung der Wand, Exstirpation der linken Adnexe. Drainage. Heilung. Interessant ist der nahezu gleichzeitige Entwicklungsbeginn der uterin und tubar wachsenden Früchte und ihre anfängliche störungsfreie Entwicklung. Aus Schmerzattacken zu schließen, dürfte primär der tubare Abort mit nachträglicher Eiinsertion im Douglas zustande gekommen sein. Die Entwicklung der Extrauteringravidität scheint nun raumbehindernd auf den graviden Uterus gewirkt und den intrauterinen Abort verursacht zu haben, und hat erst im Laufe ihrer eigenen Entwicklung durch Kompressionserscheinungen des Darmes die Operation bedingt. Die gemeinhin für labiler gehaltene Extrauterinschwangerschaft überdauerte sonach in diesem Falle die intrauterine Fruchtentwicklung.

Vautrin tritt schließlich warm für die Belassung des Uterus und der gesunden Tube bei Extrauteringravidität zwecks Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit der Frau ein. *Bienenfeld* (Wien.)

Gliński, L. K., Über die Hypophyse im allgemeinen und ihre Veränderungen während der Schwangerschaft. (*Inst. f. pathol. Anat. d. Jagellonischen Univ., Krakau.*) Klin.-therap. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 24, S. 709—717, 742—750 u. 769 bis 774. 1913.

Eingehende histologische Untersuchungen der Hypophyse in 80 Fällen (Männer. Frauen, Schwangere, Wöchnerinnen). Beim Menschen kommen außer der eigentlichen Hypophyse konstant eine Rachendachhypophyse von drüsigem Bau und akzessorische kleinere Drüsen dem Verlaufe des Canalis craniopharyngeus vor. In dem schwächer entwickelten nervösen Teil der Hypophyse konnte Verf. chromaffine Substanz nicht nachweisen, dagegen beim Erwachsenen bräunliches Pigment. Der nervöse Teil der Hypophyse stellte wahrscheinlich ein rudimentäres Sinnesorgan dar. Für die größere physiologische Bedeutung des drüsigen Teils spricht der große Reichtum an dünnwandigen Blutgefäßen und die unmittelbare Berührung der Drüsenzellen mit denselben. Die Drüsenzellen sind in 2 Hauptgruppen, chromophobe und chromophile, und diese wieder in eosinophile und basophile Zellen zu trennen. Jede weitere, von anderen Autoren beschriebene Trennung in Unterarten ist überflüssig, es sind nur verschiedene Aktivitätsphasen, welche die Zellen verändern; in normalen Hypophysen überwiegen die Eosinophilen bedeutend, dann kommen die Basophilen, am geringsten sind die Chromophoben an Zahl vorhanden. In der Schwangerschaft nehmen die Dimensionen und das Gewicht der Hypophyse zu und zwar nicht infolge vermehrten Blutreichtums, sondern infolge der im drüsigen Teil wahrzunehmenden mikroskopischen Veränderungen, welche auf der Höhe der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt am deutlichsten sind. Diese Veränderungen bestehen hauptsächlich im Auftreten einer großen Zahl von großen hellen chromophoben Zellen. Verf. steht aber nicht auf dem Standpunkt anderer Autoren, daß diese Zellen ein spezifisches Element für die Gravidität darstellen („Schwangerschaftszellen" Erdheim und Stumme), sondern es handelt sich um eine bei der

Schwangerschaft regelmäßig auftretende Hyperplasie der chromophoben Zellen. Diese typische Umwandlung der Hypophyse in der Schwangerschaft geht in einem bestimmten Zyklus vor sich und zwar, wie Verf. annimmt, infolge der veränderten bzw. aufgehobenen Funktion der Ovarien. Die Hypertrophie der Hypophyse in der Schwangerschaft erklärt auch manche klinische Symptome (Verdickung der Gesichtsknochen, Anschwellungen des Gesichtes, Graviditätsakromegalie). *Grünbaum* (Nürnberg).

Webster, Clarence J.: The conduct of pregnancy and labor in acute and chronic affections of the heart. Surgical operations in acute and chronic affections of the heart. (Die Leitung der Schwangerschaft und der Geburt bei akuten und chronischen Herzaffektionen. Chirurgische Eingriffe bei akuten und chronischen Herzaffektionen.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 294—296. 1913.

Akute Herzaffektionen in der Schwangerschaft sind äußerst ernst einzuschätzen. In den ersten Monaten kann ein Versuch mit medikamentöser Therapie gemacht werden. Geht es nach einigen Wochen besser, so soll dann doch die Schwangerschaft, ohne die Lebensfähigkeit der Frucht abzuwarten, unterbrochen werden, da wenig Wahrscheinlichkeit einer dauernden Kompensation besteht und die Gefahr zu groß ist. Möglichst soll aber die Unterbrechung nicht im akuten Stadium der Affektion stattfinden; namentlich gilt dies von akuten Klappenfehlern und bei Myokarditis. Bei chronischen Herzaffektionen soll zunächst das Eintreten der Schwangerschaft überhaupt verhindert werden. Tritt Schwangerschaft doch ein, so plädiert Webster im allgemeinen für die Unterbrechung; wünscht die Gravida dennoch auszutragen, so ist große Vorsicht am Platze. Jede körperliche und geistige Anstrengung ist fernzuhalten; die Gravida ist namentlich gegen Erkältung, Nässe und Infektionen zu schützen; genaue Sorgfalt ist der Überwachung der Nieren- und Darmfunktion zuzuwenden. Sowie eine Störung sich bemerkbar macht, soll Digitalis oder Strophanthus gegeben werden; Bettruhe. Unter der Geburt soll nach Erweiterung des Muttermundes und Blasensprung in Narkose die adäquate entbindende Operation gemacht werden. Die Todesfälle unmittelbar p. p. kommen zustande durch zu rasche Kontraktion der uterinen Gefäße und konsekutive Überfüllung des rechten Herzens; schrittweise Lösung der Placenta manuell ist nach Autors Ansicht dagegen ein wirksames Prophylakticum. Auch heiße Duschen, Ergotin oder Pituitrin sollen nur bei zu großem Blutverlust angewandt werden. Chirurgische Eingriffe wie Sectio caesarea usw. führt Autor in solchen Fällen mit Lokalanästhesie aus und gibt Morphin und Atropin ante operationem, Beckenhochlagerung ist möglichst ganz zu vermeiden. *Hannes.*

Paddock, Charles E.: Pregnancy complicated by appendicitis. (Über die durch Appendicitis komplizierte Schwangerschaft.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 3, S. 401—419. 1913.

Wiedergabe der bisher in der Literatur niedergelegten Ansichten über Frequenz, Erscheinungen, Differentialdiagnose, Prognose und Behandlung der Blinddarmentzündung in der Schwangerschaft, weder eigene Erfahrungen noch zusammenfassende Schlüsse für die Praxis. Das Zusammentreffen von Schwangerschaft und Appendicitis scheint nicht allzu selten zu sein; nur werden die meisten Fälle nicht erkannt und viele nicht publiziert. — Literaturverzeichnis. *Lamers* (Amsterdam).

Dibos, Pierre: Un cas d'occlusion intestinale pendant la grossesse. (Ein Fall von Darmverschluß während der Schwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 4, S. 344—345. 1913.

Bei einer 32jährigen II-Para, die sich bis dahin ganz wohl gefühlt hat, treten im 6. Monat ganz plötzlich Darmkoliken und Obstipation auf. Darmgase gehen nicht mehr ab, der Leib wird meteoristisch aufgetrieben. Ernster Allgemeinzustand. Vom 5. Tage an auch fäkulentes Erbrechen. Kein Eiweiß im Urin. Da die Geburt schon spontan in Gang gekommen ist, werden vor der geplanten Enterostomie, nach manueller Dilatation des Muttermundes, zwei kleine Foeten von 32 cm Länge extrahiert. Ca. 14 l Fruchtwasser. Im Moment des Blasensprunges entleerten sich aus dem Anus große

Mengen Darmgase und Faeces. Der Bauch sinkt sichtbar zusammen. Sofort sind alle Krankheitserscheinungen verschwunden und das Wochenbett verläuft absolut ungestört. *Lamers* (Amsterdam).

Gilles et Laurentie: Une observation de scarlatine au cours de la grossesse. (Ein Fall von Scharlach während der Schwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 398—400. 1913.

Trotz der relativ leichten klinische Erscheinungen der Scarlatina kam es doch zur vorzeitigen Geburt in der Abschilferungsperiode; das Kind zeigte keinerkei Krankheitserscheinungen und konnte am Leben erhalten werden. *Voigt* (Göttingen).

Fruhinsholz, A.: Diabète et gestation. (Diabetes und Schwangerschaft.) Rev. méd. de l'est. Bd. 45, Nr. 18, S. 665—673. 1913.

Dieses Zusammentreffen ist selten. Diabetes kommt im späteren Alter vor und die Diabetiker sind im allgemeinen steril. Bei einer der drei zitierten Fälle hat während der Schwangerschaft die Zuckerquantität abgenommen, ist sogar verschwunden. Auf den Foetus wirkt Diabetes wie Lues. Die Kinder sind groß, sehen schön aus, aber sterben in den letzten Schwangerschaftsmonaten oder in den ersten Lebenstagen. Während aber bei den luetischen Kindern die spezifische Behandlung Erfolg gibt, hat die strengste Diät keinen Erfolg bei dem diabetischen Kinde. Also keine Schwangerschaft bei Diabetes. *R. Chapuis* (Genf).

Spire: Polynévrite gravidique sans vomissements incoercibles. (Polyneuritis in der Gravidität ohne Hyperemesis.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 500—504. 1913.

Typische schwere Polyneuritis. 1. Symptome im 6. Monat der 5. Schwangerschaft. Stetig zunehmende Lähmung der Beine, dann der Arme und der Sphincteren. Zunehmende Beschleunigung des Pulses (120 in der Minute). Keine Sehstörungen. Künstliche Frühgeburt im 7. Monat. Danach langsame Besserung aller Symptome, zuerst der Sphincterenlähmung. Behandlung mit Faradisation, Massage, warmen Douchen, Strychnin. Völlige Heilung 5 Monate nach dem Partus. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Gilles, R.: Grossesse et accouchement chez une femme atteinte de spina bifida. (Schwangerschaft und Geburt bei einer an Spina bifida leidenden Frau.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 520 bis 521. 1913.

Eine Frau mit angeborener Myelocystocele, die von ihrem 11. Jahr ab an schweren trophischen Störungen und Gelenksveränderungen der unteren Extremitäten litt, die sogar die Amputation eines Beines erforderten, gebar im 8. Schwangerschaftsmonat, nachdem sich in der Schwangerschaft Paresen der Sphincteren und schwere Schorfbildungen an den unteren Extremitäten eingestellt hatten, mittels Forceps ein gesundes 2250 g Kind nach 6stündiger, kräftiger und schmerzhafter Wehentätigkeit. *Bienenfeld* (Wien).

Vanverts, J.: Phlébite par effort? au cours de la grossesse. Mort par embolie 17 jours après l'accouchement. (Phlebitis in der Gravidität infolge von Anstrengung (?). Tod an Embolie 17 Tage nach der Entbindung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 202—203. 1913.

25jährige I-gravida fällt im 10. Graviditätsmonate auf die rechte Gesäßbacke auf. Zunächst keine weiteren Beschwerden. Einige Tage später nach einer heftigen Bewegung starke Schmerzen rechts im Unterbauche, die trotz Bettruhe anhalten. 7 Tage später spontane, normale Geburt. Wochenbett afebril, Schmerzen im rechten Unterbauche anhaltend. Temperatur und Puls normal, kein Ödem, keine Albuminurie. Am 17. Wochenbettstage plötzlich Exitus. Deutung des Falles in der Überschrift. *Freund* (Wien).

Chenhall, William T.: Two cases of uterine myomata complicating pregnancy. (2 Fälle von Uterusmyom mit Komplikation der Schwangerschaft.) Austral. med. gaz. Bd. 34, Nr. 6, S. 122—123. 1913.

24jährige I. para. Größtenteils subseröses, gestieltes Myom, das rascher als der Uterus wuchs, wohl infolge der cystischen Erweichung. Myomektomie mit Ausschneiden des Tumorursprungs aus der Uteruswand. Heilung (5 Tage Morphium!). Normale Entbindung. — 26jährige II. para. Interstitielles Fibrom bei Gravidität im IV. m. Blasenbeschwerden, Schmerzen, Ausschälung des fast bis an die Cervix reichenden Myoms. Heilung. Ungestörte Entbindung. *Mohr* (Berlin).

Trethowan, W.: Uterine fibroids and pregnancy. (Uterusfibrome und Schwangerschaft.) Austral. med. gaz. Bd. 34, Nr. 6, S. 119—121. 1913.

Autor hat unter 2500 Fällen niemals Behinderung der Geburt oder schwere Blutung post partum durch Fibrome eintreten sehen, häufig jedoch Abort und Fehlgeburt mit erhöhter Gefahr infolge Schwierigkeit der Entleerung, Sepsis und Hämorrhagie. Ahston plaidiert im Gegensatz zu der leichtherzigen Auffassung von Edgar, Hirst und Playfair für chirurgisches Einschreiten, außer bei gestielten subperitonealen, polypösen und mukösen oder intravaginalen Fibromen. Autor ist für abwartende Therapie bei strenger Beobachtung.

I. Fall. Subseröses nekrotisches Fibrom, nach Fehlgeburt im 7. Monat als Appendixabsceß wegen Peritonitis operiert; Heilung. — II. Fall. Submuköses und subseröses, degeneriertes und infiziertes Myom nach Fehlgeburt VI. m., supravaginale Amputation, Heilung. — III. Fall. Retroflektierter myomatöser Uterus, große Schmerzen, Gravidität I. m., Hysterektomie, Heilung. *Mohr* (Berlin).

Lynch, Frank W.: Fibroid tumors complicating pregnancy and labor. (Myome in der Schwangerschaft und bei der Geburt.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 427—450. 1913.

Zusammenfassung der wichtigsten in der Literatur niedergelegten Anschauungen und Statistiken über dieses Thema. Im einzelnen werden behandelt: das Zusammentreffen von Myomen und Sterilität, der Einfluß der Schwangerschaft auf die Myome, der Einfluß der Myome auf die Schwangerschaft, Lageabweichungen des Foetus, Vorkommen von Placenta praevia und Extrauteringravidität infolge der Gegenwart von Myomen, der Einfluß von Myomen auf die Wehentätigkeit, der Verlauf des Puerperiums, die Diagnose und die Behandlung. Da es größere amerikanische Statistiken nicht gibt, werden ausschließlich die bekannten deutschen in Betracht gezogen. Eigene Beobachtungen enthält die Arbeit kaum, und zusammenfassende Schlüsse werden nicht gezogen. *Lamers* (Amsterdam).

Pierra, Louis: Deux observations de fibromes volumineux du segment inférieur, compliquant la grossesse, avec ascension de la tumeur au cours du travail. (Zwei Beobachtungen von umfangreichen Fibromen des unteren Uterinsegmentes, die während der Schwangerschaft Beschwerden machten, unter der Geburt aber in die Höhe stiegen.) Journal d. sages-femmes Jg. 41, Nr. 17, S. 321—323. 1913.

Zwei Fälle, in denen eine normale Geburt erfolgte, obschon der Uterus mit starken Fibromen durchsetzt war; in beiden Fällen machten die Tumoren während der Schwangerschaft große Beschwerden, aber unter der Geburt — es handelte sich einmal um eine Fußlage, im anderen Falle wurde auf die Füße gewendet — stieg das im kleinen Becken liegende Fibrom nach oben, sodaß die Extraktion ohne Schwierigkeit gelang. *Bayer* (Köln).

Vallois: Dystocie par fibrome praevia; opération césarienne et hystérectomie totale (présentation de pièce). (Geburtsstörung durch vorliegendes Myom. Kaiserschnitt und Totalexstirpation. Demonstration des Präparates.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 370—374. 1913.

3 Stunden nach Geburtsbeginn ungefähr am Termin Kaiserschnitt und Totalexstirpation, da ein im kleinen Becken liegendes Myom unbeweglich bleibt. Ipara. Kind 4650 g und 57 cm lang. Heilung. *Rothe* (Breslau).

Norris, Richard C.: Ovarian neoplasms, complicating pregnancy and labor. (Über die durch Ovarialtumoren komplizierte Schwangerschaft und Geburt.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 420—427. 1913.

Komplikation der Schwangerschaft mit Ovarialtumoren ist viel seltener wie die mit Myomen; nur etwa 1 auf 3000. Die Schwangerschaft hat kein beschleunigtes Wachstum der Ovarialgeschwülste zur Folge, wie dies bei Myomen beobachtet wird, jedoch sind einzelne Komplikationserscheinungen in der Schwangerschaft häufiger wie außerhalb derselben. Dies gilt besonders für die Stieldrehung, welche im Wochenbett 3 mal häufiger ist wie sonst. Überhaupt sind in 25—30 Proz. der Fälle entweder in der Schwangerschaft oder während der Geburt oder im Wochenbett Komplikationserscheinungen von seiten der Tumoren zu erwarten, und 16—20 Proz. der Schwangerschaften endet mit einer Frühgeburt. — Was die Behandlung während der Schwangerschaft betrifft, so geht aus einer Statistik hervor, daß abwartende Behandlung für

Charakter der Wehe gewahrt bleibt. Durch diese verlängerte Wehe werden die kindlichen Herztöne verlangsamt, doch gerät das Kind selten in Gefahr. Am Ende des ersten und im zweiten Geburtsstadium bei rechtzeitiger Geburt bleibt der normale Ablauf der Wehe gewahrt, während im Beginn der ersten Geburtsperiode, sowie bei Aborten ein gleichzeitiger Krampf des Muttermundes eintreten kann. Das Hauptanwendungsgebiet des Pituitrin liegt daher in der ersten und zweiten Geburtsperiode, wenn es durch primäre oder durch Komplikationen, wie schlechte Kopfeinstellung, Zwillinge, leichte Beckenverengerung bedingte sekundäre Wehenschwäche, zum Stillstand der Geburt gekommen ist. Wegen seiner unsicheren Wirkung ist es, außer bei weit eröffnetem Muttermunde, weder zur Einleitung noch zur Behandlung des im Gang befindlichen wie auch des inkompletten Abortes indiziert. Auch bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist die Wirkung unsicher, doch kann sie bei genügender Dosierung, d. h. wenn die zweite Injektion schon gemacht wird, ehe die Wirkung der ersten verflogen ist, hier gut sein. Bessere Resultate werden dagegen bei der Einleitung der rechtzeitigen Geburt und bei übertragener Schwangerschaft erzielt. In der Behandlung von Post-partum-Blutungen gibt es gute, aber nicht bessere Resultate als Ergotin, doch verstärkt es durch die Sensibilisierung des Uterus die Wirkung der Mutterkornpräparate. In Kombination mit künstlichem Blasensprung, Kolpeurynter oder Wendung ist Pituitrin ein nützliches Hilfsmittel in der Behandlung der Placenta praevia. *Vaßmer.*

Jennissen, J. A. M. J.: Geburtsstörung nach Ventrofixation. Geneesk. Tijdschr. Ned.-Indië Bd. **53**, H. 4, S. 607—614. 1913. (Holländisch.)

36 jährige II para. 1908 spontane Geburt. Totes Kind. Schwangerschaftsnephritis. 1909 Appendektomie. 1910 Salpingotomie mit gleichzeitiger Ventrofixation. 1911 Januar, Juni und November je ein Abort. mens. III. 1912 nach Indien verzogen. Bei der Ankunft wird Schwangerschaft kompliziert mit linksseitiger Parametritis, Verwachsung des Uterus mit der Bauchnarbe konstatiert. Während der ganzen Schwangerschaft bettlägerig mit Fiebererscheinungen und stets drohendem Abort (Kontraktionen und Schwangerschaftswehen). 1913 4. Januar Einsetzen der Geburt. Querlage. Ostium nicht zu erreichen. Versuche, den Schädel in das Becken zu drängen, mißglücken. Nach 24 Stunden Laparotomie. Lösung der Verwachsungen. Schluß der Bauchwunde. Wendung und Extraktion bei 7 cm Eröffnung. Lebendes, tief asphyktisches Mädchen, 3500 g. Mutter schwach, erholt sich und macht ein glattes Wochenbett durch. *C. H. Stratz.*

Wessinger, John A.: A case of flat pelvis, with some interrogations. (Ein Fall von flachem Becken, mit einigen Fragen.) Physician a. surg. Bd. **35**, Nr. 5, S. 215—217. 1913.

Bericht eines Falles einer Primipara, bei der der untersuchende Finger gerade das Promontorium erreichte. Nach 6 stündiger ergebnisloser Wehentätigkeit 2 stündige hohe Zangenversuche. Kind stirbt nach 4 Stunden an „schrecklichen Schädelzertrümmerungen". Dammriß 3. Grades. — Autor fragt, welche Entbindungstechnik bei der Conjugata 8—10 cm als allgemein gültig aufzustellen ist. *Mohr* (Berlin).

Gilles, R.: Bassin fendu. (Spaltbecken.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 6, S. 597. 1913.

Der interpubische, 4 cm breite Spalt fand sich bei einer Patientin, welche bei ihrer ersten Geburt durch Basitripsie entbunden war, und wurde zufällig in der 2. Gravidität entdeckt. Wie kombinierte Untersuchung und Röntgenbild ergab, war der Spalt nur durch weiche Gewebsmassen ausgefüllt. Verf. stellt eine genaue Beschreibung in Aussicht. *Vaßmer* (Hannover).

Vallois: Insertion vélamenteuse du cordon (présentation de pièce). (Velamentöse Insertion der Nabelschnur.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 3, S. 285. 1913.

Insertion 12 cm vom Placentarrand. Von der Insertionsstelle entspringen 3 Arterien und 2 Venen. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Kotsis, K. G.: Geschwulst der Nabelschnur. Grèce med. Nr. **10**, S. 78. 1913. (Griechisch.)

Am Nabel eines neugeborenen, sonst gesunden Kindes fand sich eine orangegroße, harte, solide Geschwulst. Diese perforierte in die Bauchhöhle. 18 Tage post partum starb das Kind an Sepsis infolge der Perforation. Mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab ein Myosarkom der Nabelschnur. *Sfakianakis* (Berlin).

Hoeven, P. C. T. v. d.: Über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für Geburt und Wochenbett. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 3, S. 826 bis 828. 1913.

Antwort auf gleichlautende Arbeit von Basset (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **73,** H. 2) kurze Polemik. Zum Referat nicht geeignet.

Fruhinsholz et Hoche: Un cas de tumeur bénigne du placenta. (Ein Fall von gutartigem Placentartumor.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 4, S. 390—394. 1913.

An der nach einer durch Hydramnios komplizierten Schwangerschaft und Geburt einer 1700 g schweren Frucht in Steißlage spontan ausgestoßenen Placenta bot sich ein orangegroßer, die fötale Fläche vorwölbender, der Insertionsstelle der ödematösen Nabelschnur angrenzender Tumor, der nach seiner histologischen Struktur als Angiofibromxyom aufzufassen ist. Ödem der Nabelschnur und Hydramnios dürften durch die durch diesen Tumor bedingten Zirkulationsstörungen verursacht gewesen sein. *Bienenfeld* (Wien).

Vallois: Présentation d'un placenta marginé. (Vorstellung einer Placenta marginata.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 4, S. 370. 1913.

Bei der 14 cm im Durchmesser messenden runden Placenta nahm die zentrale Amnionschicht nur 5 cm im Durchmesser ein. Der Abstand der Placentarmitte von der Insertionsstelle des Chorions betrug sonach nur 2,5 cm. *Bienenfeld* (Wien).

Gilles, R.: Placenta praevia central. Dilatation manuelle et accouchement par voie transplacentaire. (Placenta praevia centralis. Manuelle Dilatation und Entbindung nach Durchbohrung der Placenta.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 6, S. 599—601. 1913.

Beschreibung eines Falles, wo nach mehreren lebhaften Blutungsattacken schließlich im 8. Monat die Entbindung unaufschieblich war. Manuelle Dehnung des Muttermundes und des noch vorhandenen Teiles der Cervix in Äthertropfnarkose. Durchbohrung der Placenta; Wendung und Extraktion; Kind 2570 g, nicht wieder belebt. Manuelle Placentalösung; Tamponade. Collaps; febriles Wochenbett. Der Kaiserschnitt wäre nach Gilles Ansicht bei dem schlechten Zustand der Mutter und dem schon geschädigten nicht reifen Kinde nicht empfehlenswert gewesen. *Hannes* (Breslau).

Devèze: Deux cas d'insertion centrale du placenta. (Zwei Fälle von zentraler Placentarinsertion.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 4, S. 367—369. 1913.

Zwei Fälle von zentraler Placenta praevia. In dem ersten Falle erlag die schwer ausgeblutete Frau unmittelbar nach der Perforation der zentralen Placenta und Wendung und Extraktion der toten Frucht, im zweiten Falle gelang es, nach Dilatation von Bonnaire, Sprengung der Blase (der Eihautrand war erreichbar) und Wendung, Mutter und Kind zu retten. Die Beobachtung von Blutungen in der Schwangerschaft, der Rat, bei der Entbindung, rasch und blutsparend vorzugehen, sind bekannt. Die Verwendung von Injektionen physiologischer Kochsalzlösungen wird warm angeraten. *Bienenfeld* (Wien).

Heaney, N. Sproat: Birth by conduplicato corpore. (Geburt „conduplicato corpore".) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 6, S. 713—714. 1913.

29jährige VI-gravida. 1 Abortus, 4 spontane Partus. Ungefähr 5 Wochen vor dem zu berechnenden Schwangerschaftsende wird nach 3stündigen Wehen der erste Zwilling lebend spontan geboren. Der nun gerufene Arzt findet die zweite Frucht in II. dorsoanteriorer Querlage, Vorfall der pulslosen Nabelschnur und des linken Armes, linke Schulter tief im Becken eingekeilt. Während der Vorbereitung zur Operation stößt eine außerordentlich kräftige Wehe den Foetus aus, zuerst Arm und Schulter, dann folgt der in das Abdomen eingedrückte Kopf mit dem Rumpfe, schließlich die Beine. Wochenbettverlauf ohne wesentliche Komplikationen. Gewicht des ersten Foetus $5^9/_{12}$, des zweiten 6 Pfund. Der Schädel war stark plattgedrückt, Scheitel- und Schläfenbein einer Seite frakturiert. Mütterliche Beckenmaße: 26, $31^1/_2$, 33, + 22, Promontorium nicht erreichbar. *Freund* (Wien).

Harrison, George Tucker: Uterine inertia — its treatment. (Wehenschwäche und ihre Behandlung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 3, S. 385—387. 1913.

Primäre, vor dem Blasensprung auftretende Wehenschwäche ist häufig bei alten Erstgebärenden. Die Frauen sollen umhergehen, Blase und Mastdarm müssen entleert werden. Außer bei Hydramnios und Zwillingen, wo eine Überdehnung des Uterus befürchtet werden muß, ist das Sprengen der Blase schädlich. Operative Eingriffe sind nur bei Eklampsie, Blutung und Gefahr für das Leben des Kindes angezeigt. Heiße Scheidenausspülungen sind zugunsten

die Mutter 3 mal so große Gefahren mit sich bringt wie frühzeitige Operation. Wenn vor dem 5. Monat chirurgisch eingegriffen wird, ist die Aussicht auf ein lebendes Kind 3 mal so groß wie bei der abwartenden Behandlung. Wird jedoch erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft operiert, so ist die Gefahr der Unterbrechung der Gravidität gleichgroß, als wenn abgewartet wird. Die mütterliche Mortalität ist bei der abwartenden Behandlung etwa 10%, bei der operativen noch nicht 1%. Die Entfernung des Corpus luteum durch doppelseitige Ovariotomie hat in diesen Fällen nur ausnahmsweise Abort zur Folge. Die vaginale Operationsmethode führt infolge stärkerer Manipulationen an dem Uterus häufiger zu Abort wie die abdominale. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft darf, wenn man sich jederzeit zur Operation bereit hält, mit Rücksicht auf das Leben des Kindes bis zuletzt abgewartet werden. — Beim Partus kann man den Versuch machen, den im Becken liegenden Tumor in Narkose vorsichtig manuell in die Bauchhöhle zu bringen. Diese Prozedur ist aber sehr gefährlich; ebenso die vaginale Incision und forcierte Entbindungen. Der richtigste Weg ist die Laparotomie: Kaiserschnitt und Ovariotomie; oder wenn ein infizierter Fall vorliegt, supravaginale Uterusamputation mit extraperitonealer Stumpfbehandlung. Eventuell Drainage. Handelt es sich um einen „verdächtigen" Fall, so kann man abdominal die Ovariotomie machen und nachher eine Zangenentbindung oder vaginalen oder extraperitonealen Kaiserschnitt anschließen. — Im Puerperium erfordert jedes geringste Symptom von Nekrose, Infektion oder Stildrehung des Tumors unmittelbar Operation. — Am Schluß die ausführlichen Krankengeschichten 6 eigener Fälle und ein kurzes Literaturverzeichnis. *Lamers* (Amsterdam).

Geburt:

Fabre: Une méthode d'hystérographie interne. Comparaison des résultats obtenus par les méthodes interne et externe. (Eine Methode der inneren Wehenmessung. Vergleich der durch die innere und äußere Methode erhaltenen Resultate.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 228—236. 1913.

Angabe eines Apparates zur inneren Wehenmessung ähnlich dem von Schatz angegebenen, statt dessen runden Ballon ein solcher nach Champetier in die untere Uterushöhle bei stehender Blase eingelegt wird. Der durch die Uteruskontraktionen hervorgebrachte Druck wird auf einem mit dem Zuführungsrohr des Ballons verbundenen Quecksilbermanometer abgelesen, gleichzeitig durch einen Übertragungsapparat mit Hilfe eines federnden Hebels auf einen rotierenden Papierstreifen übertragen, der zugleich zur Aufnahme der durch den Hysterographen übermittelten Kurve dient. Letzterer überträgt vermittels federnder Pelotte, die auf dem Uterus außen aufliegt, durch äußere Messung die Uteruskontraktionen. Die Kurven stimmen exakt miteinander überein. Husten, Bewegungen von Frau und Kind stören nicht, Atembewegungen wenig bei der äußeren Messung, was durch Ersatz der Pelotte durch eine nach dem Uterus modellierte Bleiplatte zu vermeiden wäre. — Die Berechnung der durch die Kontraktionen erzeugten Kraft (Zentimeterzahl des Manometers mal Dichtigkeit des Quecksilbers mal Oberfläche des in Betracht kommenden Ballonabschnittes) ist unsicher. *Mohr* (Berlin).

Fabre: Une méthode d'hystérographie externe. (Methode der äußeren Messung von Uteruskontraktionen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 2, S. 68—83. 1913.

Angabe eines Apparates, der durch Vermittlung einer auf die Bauchwand aufgesetzten Pelotte, die unter Federdruck steht, mit Hilfe eines besonders konstruierten Zylinders deutliche Kurven der Wehentätigkeit aufzeichnet. Noch 3 Tage nach Entbindung deutliche Kurven. Bewegungen der Patientin, auch beim Atmen, sowie solche des Foetus angeblich ohne Einfluß. 18 Kurven. *Mohr* (Berlin).

Rouvier, J.: Mutation spontanée d'une présentation du siège en présentation du sommet 24 heures avant l'accouchement à terme. (Spontane Umwandlung einer Beckenendlage in eine Schädellage 24 Stunden vor der Niederkunft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 172 bis 175. 1913.

Zweitgebärende mit nicht übermäßig viel Fruchtwasser. Bestehen in solchen Fällen schon in der letzten Zeit der Schwangerschaft häufige und energische Uteruszusammenziehungen, dann tritt wohl so eine Selbstwendung schon früher ein; ist das nicht der

Fall, dann ist es eben, wie im beobachteten Falle, im ersten Beginn der Geburt noch möglich. *Hannes* (Breslau).

Willette, R.: Deux observations d'injection de pituitrine au cours du travail. (Zwei Beobachtungen von Pituitrininjektionen während der Geburt.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 2, S. 43—44. 1913.

Während von einigen Autoren sekundäre Wehenschwäche infolge Erschöpfung des Uterus als Kontraindikation für Pituitrinanwendung angesehen wird, hat Verf. in zwei derartigen Fällen, in denen einmal mäßig verengtes Becken, das andere Mal die übermäßige Entwicklung des Kindes zur Wehenschwäche führte, prompten Erfolg von der Injektion gesehen, indem 12 resp. 3 Stunden später die Geburt spontan beendet war. Der Muttermund war im ersten Fall (21jährig, I para) drei Stunden vor den Injektion zweifrankstückgroß, im zweiten (33jährig, III para) war die Portio im Verstreichen. *Vaßmer* (Hannover).

Fabre et Rhenter: Dix-sept observations d'injection de pituitrine au cours du travail. (17 Fälle von Pituitrin-Injektion bei der Geburt.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 2, S. 95—108. 1913.

Bericht über 15 Fälle, bei denen Pituitrin während der Geburt und 2 Fälle, bei denen es zur Einleitung der Frühgeburt angewandt wurde, in dem einen in Verbindung mit dem Krauseschen Bougie, später des Hystereurynters, in dem anderen als Ersatz für das wegen Blutung wieder herausgenommene Bougie. Als einzige Indikation wird Wehenschwäche anerkannt, enges Becken als Kontraindikation angegeben wegen Gefahr der Uterusruptur; gleichwohl ein Fall von leichter Verengerung angeführt, der gut verlief. Dauer der Geburt nach der Injektion meist unter 3 Stunden, oft länger. Bei Injektion in der 1. Geburtsperiode vollzog sich die Eröffnung meist in weniger als 2 Stunden. Der Charakter der Wehen war bei 12 von 15 gut und wirksam. 2mal war Zange, mehrmals Kristeller erforderlich. Das Kind war nie ungünstig beeinflußt, auch wurden unangenehme Nebenwirkungen bei der Mutter, wie in früheren Fällen, nicht mehr beobachtet. In der Nachgeburtszeit schien verlangsamte Lösung häufig; 2mal mußte bei Retentio manuell eingegangen werden. Vermehrte Blutung wurde nicht beobachtet. Schlußergebnis: Die Wirkung ist vollständig und zweifellos zur Beschleunigung verzögerter Wehentätigkeit; in einzelnen Fällen erst nach höherer Dosis. Wiedergabe der Geburtsgeschichten der 15 Fälle. Die 2 Geburtseinleitungen blieben ohne jeden Erfolg. In der anschließenden Diskussion wird hervorgehoben, daß man vorsichtig sein müsse beim engen Becken, daß man wohl die Dosis steigern könne, aber nur bei Fällen, die schon auf die 1. Dosis reagieren. Bei Fehlen jeder Reaktion bei der 1. Dosis soll eine zweite nicht gegeben werden. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Procopio, Gius. Sav.: L'estratto ipofisario in 41 casi ostetrici. (Hypophysenextrakt bei 41 Geburten.) Ginecologia Jg. **10**, Nr. 6, S. 161—176. 1913.

Verf. hat hauptsächlich das Präparat von Burrough und Wellcome benützt. Einige Male hat er es in der Gravidität, fast ohne Erfolg, verwandt, nie zur Einleitung eines Abortes, meist bei Gesunden. Am häufigsten wurde das Extrakt während der Geburt verwandt, einige Male auch zur Lösung der Placenta nach der Geburt mit Erfolg und bei Abort im V. Monat mit hohem Fieber, ferner im Puerperium bei einer Blasenlähmung, auch mit Erfolg. Die Wirkung trat 2—20 Minunten nach der Injektion ein, meist nach 5—6 Minuten. Der mitunter tetanische Charakter der Wehen wird auf das Präparat zurückgeführt. Burraugh und Wellcome verwenden den Lob. post der Hypophysis, was nach Verf. Ansicht günstiger ist. Während der Gravidität dauerten die Kontraktionen 1—2 Stunden, während der Geburt bis zur Beendigung, manchmal war aber noch eine 2. Injektion nötig. Die Frequenz des mütterlichen Pulses sank zumeist, die des Foetus war wechselnd. Albuminurie trat selten und leicht, transitorisch, auf. Unangenehm war hier und da die Schmerzhaftigkeit der Wehen und der tetanische Charakter, der auch auf das Kind ungünstig wirken kann und deshalb Vorsicht erfordert. Aus den Schlüssen des Verf. ist noch anzuführen, daß als wirksam während der Geburt zu betrachten ist: eine Dosis, die etwa 0,2 frischer Drüse entspricht. Die Anwendung des Extraktes erspart häufig die Zange. *Berberich* (Karlsruhe).

Watson, B. P.: Pituitary extract in obstetrical practice. (Pituitrin in der geburtshilflichen Praxis.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3**, Nr. 9, S. 739 bis 758. 1913.

Auf Grund eigener Beobachtungen sowie unter Berücksichtigung der umfangreichen Literatur kommt Verf. zu folgender Wertschätzung des Pituitrin in der Geburtshilfe. Pituitrin hat großen Einfluß auf die Erregung und Verstärkung uteriner Kontraktionen, wobei, abgesehen von der ersten, meist länger dauernden Kontraktion, der normale

Charakter der Wehe gewahrt bleibt. Durch diese verlängerte Wehe werden die kindlichen Herztöne verlangsamt, doch gerät das Kind selten in Gefahr. Am Ende des ersten und im zweiten Geburtsstadium bei rechtzeitiger Geburt bleibt der normale Ablauf der Wehe gewahrt, während im Beginn der ersten Geburtsperiode, sowie bei Aborten ein gleichzeitiger Krampf des Muttermundes eintreten kann. Das Hauptanwendungsgebiet des Pituitrin liegt daher in der ersten und zweiten Geburtsperiode, wenn es durch primäre oder durch Komplikationen, wie schlechte Kopfeinstellung, Zwillinge, leichte Beckenverengerung bedingte sekundäre Wehenschwäche, zum Stillstand der Geburt gekommen ist. Wegen seiner unsicheren Wirkung ist es, außer bei weit eröffnetem Muttermunde, weder zur Einleitung noch zur Behandlung des im Gang befindlichen wie auch des inkompletten Abortes indiziert. Auch bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist die Wirkung unsicher, doch kann sie bei genügender Dosierung, d. h. wenn die zweite Injektion schon gemacht wird, ehe die Wirkung der ersten verflogen ist, hier gut sein. Bessere Resultate werden dagegen bei der Einleitung der rechtzeitigen Geburt und bei übertragener Schwangerschaft erzielt. In der Behandlung von Post-partum-Blutungen gibt es gute, aber nicht bessere Resultate als Ergotin, doch verstärkt es durch die Sensibilisierung des Uterus die Wirkung der Mutterkornpräparate. In Kombination mit künstlichem Blasensprung, Kolpeurynter oder Wendung ist Pituitrin ein nützliches Hilfsmittel in der Behandlung der Placenta praevia. *Vaßmer.*

Jennissen, J. A. M. J.: Geburtsstörung nach Ventrofixation. Geneesk. Tijdschr. Ned.-Indië Bd. **53**, H. 4, S. 607—614. 1913. (Holländisch.)

36jährige II para. 1908 spontane Geburt. Totes Kind. Schwangerschaftsnephritis. 1909 Appendektomie. 1910 Salpingotomie mit gleichzeitiger Ventrofixation. 1911 Januar, Juni und November je ein Abort. mens. III. 1912 nach Indien verzogen. Bei der Ankunft wird Schwangerschaft kompliziert mit linksseitiger Parametritis, Verwachsung des Uterus mit der Bauchnarbe konstatiert. Während der ganzen Schwangerschaft bettlägerig mit Fiebererscheinungen und stets drohendem Abort (Kontraktionen und Schwangerschaftswehen). 1913 4. Januar Einsetzen der Geburt. Querlage. Ostium nicht zu erreichen. Versuche, den Schädel in das Becken zu drängen, mißglücken. Nach 24 Stunden Laparotomie. Lösung der Verwachsungen. Schluß der Bauchwunde. Wendung und Extraktion bei 7 cm Eröffnung. Lebendes, tief asphyktisches Mädchen, 3500 g. Mutter schwach, erholt sich und macht ein glattes Wochenbett durch. *C. H. Stratz.*

Wessinger, John A.: A case of flat pelvis, with some interrogations. (Ein Fall von flachem Becken, mit einigen Fragen.) Physician a. surg. Bd. **35**, Nr. 5, S. 215—217. 1913.

Bericht eines Falles einer Primipara, bei der der untersuchende Finger gerade das Promontorium erreichte. Nach 6stündiger ergebnisloser Wehentätigkeit 2stündige hohe Zangenversuche. Kind stirbt nach 4 Stunden an „schrecklichen Schädelzertrümmerungen". Dammriß 3. Grades. — Autor fragt, welche Entbindungstechnik bei der Conjugata 8—10 cm als allgemein gültig aufzustellen ist. *Mohr* (Berlin).

Gilles, R.: Bassin fendu. (Spaltbecken.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 6, S. 597. 1913.

Der interpubische, 4 cm breite Spalt fand sich bei einer Patientin, welche bei ihrer ersten Geburt durch Basitripsie entbunden war, und wurde zufällig in der 2. Gravidität entdeckt. Wie kombinierte Untersuchung und Röntgenbild ergab, war der Spalt nur durch weiche Gewebsmassen ausgefüllt. Verf. stellt eine genaue Beschreibung in Aussicht. *Vaßmer* (Hannover).

Vallois: Insertion vélamenteuse du cordon (présentation de pièce). (Velamentöse Insertion der Nabelschnur.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 3, S. 285. 1913.

Insertion 12 cm vom Placentarrand. Von der Insertionsstelle entspringen 3 Arterien und 2 Venen. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Kotsis, K. G.: Geschwulst der Nabelschnur. Grèce med. Nr. **10**, S. 78. 1913. (Griechisch.)

Am Nabel eines neugeborenen, sonst gesunden Kindes fand sich eine orangegroße, harte, solide Geschwulst. Diese perforierte in die Bauchhöhle. 18 Tage post partum starb das Kind an Sepsis infolge der Perforation. Mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab ein Myosarkom der Nabelschnur. *Sfakianakis* (Berlin).

Hoeven, P. C. T. v. d.: Über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für Geburt und Wochenbett. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 3, S. 826 bis 828. 1913.

Antwort auf gleichlautende Arbeit von Basset (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 73, H. 2) kurze Polemik. Zum Referat nicht geeignet.

Fruhinsholz et Hoche: Un cas de tumeur bénigne du placenta. (Ein Fall von gutartigem Placentartumor.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 4, S. 390—394. 1913.

An der nach einer durch Hydramnios komplizierten Schwangerschaft und Geburt einer 1700 g schweren Frucht in Steißlage spontan ausgestoßenen Placenta bot sich ein orangegroßer, die fötale Fläche vorwölbender, der Insertionsstelle der ödematösen Nabelschnur angrenzender Tumor, der nach seiner histologischen Struktur als Angiofibromxyom aufzufassen ist. Ödem der Nabelschnur und Hydramnios dürften durch die durch diesen Tumor bedingten Zirkulationsstörungen verursacht gewesen sein. *Bienenfeld* (Wien).

Vallois: Présentation d'un placenta marginé. (Vorstellung einer Placenta marginata.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 4, S. 370. 1913.

Bei der 14 cm im Durchmesser messenden runden Placenta nahm die zentrale Amnionschicht nur 5 cm im Durchmesser ein. Der Abstand der Placentarmitte von der Insertionsstelle des Chorions betrug sonach nur 2,5 cm. *Bienenfeld* (Wien).

Gilles, R.: Placenta praevia central. Dilatation manuelle et accouchement par voie transplacentaire. (Placenta praevia centralis. Manuelle Dilatation und Entbindung nach Durchbohrung der Placenta.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 6, S. 599—601. 1913.

Beschreibung eines Falles, wo nach mehreren lebhaften Blutungsattacken schließlich im 8. Monat die Entbindung unaufschieblich war. Manuelle Dehnung des Muttermundes und des noch vorhandenen Teiles der Cervix in Äthertropfnarkose. Durchbohrung der Placenta; Wendung und Extraktion; Kind 2570 g, nicht wieder belebt. Manuelle Placentalösung; Tamponade. Collaps; febriles Wochenbett. Der Kaiserschnitt wäre nach Gilles Ansicht bei dem schlechten Zustand der Mutter und dem schon geschädigten nicht reifen Kinde nicht empfehlenswert gewesen. *Hannes* (Breslau).

Devèze: Deux cas d'insertion centrale du placenta. (Zwei Fälle von zentraler Placentarinsertion.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 4, S. 367—369. 1913.

Zwei Fälle von zentraler Placenta praevia. In dem ersten Falle erlag die schwer ausgeblutete Frau unmittelbar nach der Perforation der zentralen Placenta und Wendung und Extraktion der toten Frucht, im zweiten Falle gelang es, nach Dilatation von Bonnaire, Sprengung der Blase (der Eihautrand war erreichbar) und Wendung, Mutter und Kind zu retten. Die Beobachtung von Blutungen in der Schwangerschaft, der Rat, bei der Entbindung, rasch und blutsparend vorzugehen, sind bekannt. Die Verwendung von Injektionen physiologischer Kochsalzlösungen wird warm angeraten. *Bienenfeld* (Wien).

Heaney, N. Sproat: Birth by conduplicato corpore. (Geburt „conduplicato corpore".) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **16,** Nr. 6, S. 713—714. 1913.

29jährige VI-gravida. 1 Abortus, 4 spontane Partus. Ungefähr 5 Wochen vor dem zu berechnenden Schwangerschaftsende wird nach 3stündigen Wehen der erste Zwilling lebend spontan geboren. Der nun gerufene Arzt findet die zweite Frucht in II. dorsoanteriorer Querlage, Vorfall der pulslosen Nabelschnur und des linken Armes, linke Schulter tief im Becken eingekeilt. Während der Vorbereitung zur Operation stößt eine außerordentlich kräftige Wehe den Foetus aus, zuerst Arm und Schulter, dann folgt der in das Abdomen eingedrückte Kopf mit dem Rumpfe, schließlich die Beine. Wochenbettverlauf ohne wesentliche Komplikationen. Gewicht des ersten Foetus $5^9/_{12}$, des zweiten 6 Pfund. Der Schädel war stark plattgedrückt, Scheitel- und Schläfenbein einer Seite frakturiert. Mütterliche Beckenmaße: 26, $31^1/_2$, 33, + 22, Promontorium nicht erreichbar. *Freund* (Wien).

Harrison, George Tucker: Uterine inertia — its treatment. (Wehenschwäche und ihre Behandlung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 3, S. 385—387. 1913.

Primäre, vor dem Blasensprung auftretende Wehenschwäche ist häufig bei alten Erstgebärenden. Die Frauen sollen umhergehen, Blase und Mastdarm müssen entleert werden. Außer bei Hydramnios und Zwillingen, wo eine Überdehnung des Uterus befürchtet werden muß, ist das Sprengen der Blase schädlich. Operative Eingriffe sind nur bei Eklampsie, Blutung und Gefahr für das Leben des Kindes angezeigt. Heiße Scheidenausspülungen sind zugunsten

des Metreurrynters zu verwerfen. Über die Anwendung der Zange gehen die Meinungen der Autoren noch auseinander. Wenn einige Zeit nach dem Blasensprung Wehen auftreten, ist eine Injektion von Morphium, Atropin oder Strychninnitrat angebracht; ganz fehlerhaft ist bei Wehenschwäche der Kaiserschnitt. Bei der nach dem Blasensprung auftretenden sekundären Wehenschwäche, die das Leben des Kindes und der Mutter, letzteres durch Infektion, gefährdet, kommt die Zange zu Recht, desgleichen, wenn bei Mehrgebärenden zwar die Uteruskontraktionen ausreichen, die Bauchdecken aber infolge Hängebauches oder Hernia lineae albae insuffizient sind. Auf die Behandlung der nach der Entbindung zu erwartenden atonischen Nachblutung muß man gefaßt sein. *Rittershaus* (Coburg).

Hanns et S. Remy: Un cas d'inversion utérine. (Ein Fall von Inversio uteri.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 383—385. 1913.

Schwere Atonia uteri nach Spontangeburt, deshalb manuelle Lösung der Placenta. Beim Wiedereingehen fühlt die Hand den invertierten Uterus in der Vagina. Sofort Reposition und Ergotininjektion, worauf sich der Uterus in normaler Lage gut kontrahiert.

In diesem Falle, wo die Inversion nicht durch Zug an der Nabelschnur bei noch nicht gelöster Placenta aufgetreten war, kommen für deren Zustandekommen 3 Faktoren in Betracht, auf die Verf. schon früher hinwies: 1. Die mit der gelösten Placenta in der Scheide abwärtsgleitende Hand saugt wie ein Spritzenstempel den Fundus nach. 2. Der intraabdominelle Druck auf den Fundus. 3. Pressen die Frauen immer unwillkürlich mit, wenn die Hand den Beckenboden erreicht. *Hauser* (Rostock).

Colle, P., et J. Colle: Inversion utérine. Réduction manuelle après deux mois. (Umstülpung der Gebärmutter, 2 Monate später manuell zurückgebracht.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 195—196. 1913.

28 jähr. I. Para. Die Inversion entstand durch Zug an der Nabelschnur, wodurch Uterus und Placenta hervortraten. Der Uterus wurde ohne Mühe bis in die Scheide zurückgebracht. Keine Blutung. Fieberfreies Wochenbett. Zwei Monate später wird der birnenförmige weiche Tumor in der Scheide als Inversio uteri festgestellt. Durch Anhaken des Muttermundes und langsames Zurückschieben der Cervixwände kommt schließlich ruckweise die Reposition zustande. Ungestörte Rekonvaleszenz; der Uterus ist jetzt ganz normal. *Lamers* (Amsterdam).

Engelmann, F.: Über den Wert der „Therapie der mittleren Linie" bei der Behandlung der Eklampsie. (*Städt. Frauenklin., Dortmund.*) Med. Klinik Jg. 9, Nr. 39, S. 1582—1584. 1913.

Verf. berichtet über die Resultate der Eklampsiebehandlung an der städtischen Frauenklinik zu Dortmund. Sie haben sich wesentlich gebessert, seitdem von der prinzipiellen Frühentbindung Abstand genommen worden ist, und ein abwartendes Verhalten eingeführt wurde. Von 47 Fällen verlor Verf. 3 = 6,3% Mortalität. Danach starben von 28 Frauen keine, nachdem die neue Behandlungsart eingeführt worden war. Diese Zahlen entsprechen den Resultaten der Leipziger Frauenklinik. Es ist nicht empfehlenswert, von jeder Beeinflussung des Geburtsverlaufes abzusehen. Eine Kombination der abwartenden Therapie mit der beschleunigten Entbindung ergibt auch erheblich bessere Resultate in bezug auf die Kindersterblichkeit. Von den letzten 47 lebensfähigen Eklampsiekindern verlor Verf. nur 4, und davon eins nach einer Geburtsverletzung. Das ergibt eine Mortalität von 9,3%, gegenüber 21—41% anderer Statistiken bei rein abwartender Behandlung. Die vom Verf. angewandte Therapie hält die Mitte zwischen einer extrem konservativen und dem entgegengesetzten Standpunkt. Sie besteht in folgendem:

Isolierung der Patientin, Fernhaltung aller Reize und Ausführung aller Eingriffe unter Chloroformnarkose. Sofortige reichliche Blutentziehung mit nachfolgender Infusion. Regelmäßige Chloralklysmen. Einleitung oder Beschleunigung der Geburt durch Blasensprengung oder Metreurynter; künstliche Entbindung, sobald es ohne wesentliche Gefahr möglich ist. *Runge* (Berlin).

Fabre et Favre: Un cas de mort par éclampsie avec oedème généralisé. (Eklampsietodesfall mit generalisiertem Ödem.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 239—241. 1913.

22 jährige Primipare, die im Koma nach 2 Eklampsieanfällen eingeliefert wird, nachdem schon seit dem 7. Monat Albumen konstatiert war. In der Anstalt noch 7 Anfälle. Behandlung 19 g Chloral, Klystier, Aderlass von 500 g. Nach dem 8. Anfal' Lungenödem. nach dem 9.

Beckenausgangsforceps, danach kein Anfall mehr, nach 12 Stunden Kollaps, der sich im Verlauf von 2 Stunden 2 mal wiederholt, beim 3. Kollaps Exitus. Autopsie: Reichlich blutig-seröse Flüssigkeit in allen serösen Räumen, ausgesprochenes doppelseitiges Lungenödem, zahlreiche hämorrhagische Flecke in der Leber mit überwiegenden, nekrotischen Partien, in denen sich nur wenige gesunde Zellen finden, ohne typische Entzündungserscheinungen, fest adhärente Nierenkapsel, Epitheldesquamation in den Tubulis contortis, keine älteren Nierenveränderungen, ausgesprochenes Hirnödem mit zahlreicher Cystenbildung im Gehirn. *Frankenstein.*

Wolff, F.: Serumtherapie bei Schwangerschaftstoxikosen. Berl. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 36, S. 1661—1662. 1913.

Bei einer 24jährigen I-Para im 9. Schwangerschaftsmonat entwickelte sich ein stark juckender Hautausschlag der Bauchhaut, der bald auf die oberen und unteren Extremitäten übergriff. Wolff injizierte nach bei der Patientin ausgeführter Venenpunktion und Ablassen von 80 ccm Blut intravenös 8 ccm dieses inaktivierten Eigenserums. Nach vorübergehendem Nachlassen des Juckreizes und anscheinendem Abblassen des Exanthems steigerten sich bald wieder die Beschwerden. Deshalb wurden 2 Tage danach nochmals 10 ccm inaktivierten Serums einer 14 Tage alten Wöchnerin intraglutäal injiziert. Schon nach 4 Tagen waren alle Erscheinungen vorüber. Das Serum der Wöchnerinnen muß demnach in den ersten Tagen post partum noch die Fermente enthalten, die imstande sind, die einzelne Organismen schädigenden Eiweißstoffe abzubauen, ein Beweis für die positiven Resultate des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Prüfung des Serums von Wöchnerinnen am 14. bis 21. Tage. *Penkert.*

Commandeur et Bertoye: Grossesse et accouchement chez une tabétique morphinomane. (Schwangerschaft und Entbindung bei einer morphiumsüchtigen tabischen Kranken.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 222—225. 1913.

Aus der ausführlichen Krankengeschichte sei von allgemeinerem Interesse erwähnt, daß keine absolute Empfindungslosigkeit gegenüber den Wehenschmerzen vorhanden war; während die Wehen der Eröffnungsperiode gar nicht bemerkt wurden, wurden die der Austrittsperiode deutlich empfunden. *Engelhorn* (Erlangen).

Trillat et Croizier: Phénomènes syncopaux graves, de cause indéterminée, survenant dans le post partum. (Erscheinungen schwerer Synkope nach der Geburt ohne erkennbare Ursache.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 493—498. 1913.

Nach glatter Geburt von kleinen Zwillingen und normalen Verlauf der Nachgeburtsperiode setzten außerordentlich bedrohliche Erscheinungen ein: Schwindel, Cyanose, Erbrechen, Dyspnöe und hochgradige Erregung, so daß die Patientin im Bett festgehalten werden mußte. Die Zeichen einer schweren Anämie beherrschten auch weiterhin das Bild, doch konnte sowohl innere, wie äußere Blutung mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Alle üblichen Analeptika versagten, schließlich erholte sich die Patientin langsam unter dem Einfluß von Sauerstoffinhalationen. *Voigt* (Göttingen).

Good, Frederick L.: Cesarean section; its indications with report of twenty cases. (Kaiserschnitt. Seine Indikationen, mit Bericht über 20 Fälle.) Boston med. a. surg. journal Bd. 169, Nr. 10, S. 345—348. 1913.

Absolute Indikation: Conjugata unter 6,9 cm, Tumoren, Atresie der Scheide, relative: Konjugata 6,9—9,4 cm, Fälle von Placenta praevia und Blutungen ante Partum, Eklampsie, Nabelschnurvorfall, gewisse Quer-, Steiß- und Kopflagen bei Erstgebärenden, hohes Alter, das eine nochmalige Schwangerschaft unwahrscheinlich macht. — Bericht über 20 Fälle mit 0% mütterlicher und kindlicher Mortalität. *Mohr* (Berlin).

Vallois: Opération césarienne tardive et rétraction de l'anneau de Bandl. (Später Kaiserschnitt und Zusammenschnüren des Bandelschen Ringes.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 256—259. 1913.

Verf. beschreibt eine Sectio caesarea bei einer Drittgebärenden mit plattrachitischem Becken. Obgleich kurz vor der Operation der Muttermund erst Handteller groß gefunden wurde, war schon ein Kontraktionsring ausgebildet, der bei dem Entwickeln des Kindes durch den Uterusschnitt den Kopf zurückhielt und deshalb quer durchtrennt werden mußte. *Voigt* (Göttingen).

Lassale: Bassin rachitique généralement rétréci et aplati. Opération de Porro. Rareté de l'opération césarienne à Nîmes. (Rachitisches, allgemein verengtes und plattes Becken. Operation nach Porro. Seltenheit des Kaiserschnitts in Nimes.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 360—365. 1913.

21jährige Frau mit rachitischem allgemein verengten Becken. Conjugata diag. ca. 7 cm.

Operation nach Porro. Lebendes Kind. Heilung. Bemerkenswert: Verf. hat die Operation noch vor Eintritt von Wehen am mutmaßlichen Ende der Schwangerschaft gemacht. Stielbehandlung rein aseptisch ohne eintrocknende Mittel mit gutem Erfolg. Außerordentliche Seltenheit von Kaiserschnittbecken in Nimes. Es folgt die Indikationsstellung des Verf. bei engem Becken. *Schiffmann* (Wien).

Fruhinsholz, A.: A propos d'une opération de Porro dans un cas de bassin coxalgique à type exceptionnel. (Über einen Fall von Operation nach Porro bei einem coxalgischen atypischen Becken.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 2, S. 116—121. 1913.

29jährige II-gebärende. Linksseitige Coxalgie im Alter von 7—8 Jahren acquiriert, nach Operation und Gipsverband langsam ausgeheilt. 1. Partus vor 3 Jahren, spontan am normalen Schwangerschaftsende. Kind nur 2450 g schwer. Diesmal Beginn der Wehen am normalen Schwangerschaftsende. Nach 12 Stunden Blasensprung. Von da an kräftige Wehen. Bei der Aufnahme in die Klinik nach weiterer mehr als 48stündiger guter Wehentätigkeit ist die Temperatur 38, es besteht Singultus, Harn sanguinolent, gute Wehentätigkeit. Schädel stark über das Schambein vorragend. Innere Untersuchung: Muttermund dicksaumig, fünffrankstückgroß, Schädel beweglich, groß, hart. Rechte Beckenhälfte stark abgeplattet, linke atrophisch, Spina ischiadica stark gegen das Becken vorragend. Conj. vera etwa 9 cm. Die äußeren Beckenmaße ergeben eine starke Differenz beider Beckenhälften. Im Hinblick auf die starke Inkongruenz zwischen Schädel und Becken, beginnende Dehnung des unteren Uterussegmentes, Temperatursteigerung, lang zurückliegendem Blasensprung: Operation nach Porro. Kind lebt, 3750 g. Heilungsverlauf ohne wesentliche Störung. Einen ungewöhnlichen Befund am Becken ergibt erst das Röntgenbild, nämlich eine Drehung des linken Schambeines in beiden Ästen um beinahe 90° in der Weise, daß die obere Kante des horizontalen Astes nach außen, der absteigende Ast nach innen gedreht ist. Auf dieser Anomalie dürfte auch der Verlauf dieser Geburt begründet sein, denn ein Überblick über die anderen 9 unter 10 185 Geburten beobachteten coxalgischen Becken zeigt: 5 Spontangeburten am normalen Ende = 5 lebende Kinder, 1 Forceps = 1 totes Kind; 3 künstliche Frühgeburten = 3 spontane Entbindungen mit lebenden Kindern. *Freund* (Wien).

Wochenbett:

Cameron, Hector Charles: A lecture on the causes of the failure of women to nurse their infants at the breast. (Über die Ursachen des Unvermögens der Frau, ihre Kinder selbst zu nähren.) Lancet Bd. 2, Nr. 13, S. 911—917. 1913.

Audebert et Laurentie: Un cas mortel d'infection amniotique. (Ein tödlich verlaufener Fall von Infektion vom Amniossack aus.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 401—407. 1913.

43jährige Primipara, wegen Metritis und abundantem Fluor und chronischer (gonorrhoischer?) Erkrankung der linken Adnexe bereits vor der Gravidität behandelt, erkrankte 24 Stunden nach dem Blasensprung im 8. Monat mit Temperatursteigerung und Allgemeinsymptomen. 24 Stunden später leicht fötider Ausfluß, leise Wehen, die nach 12 Stunden zur spontanen Geburt eines toten Kindes (Herztöne seit 12 Stunden nicht mehr hörbar) führen, welches ebenso wie Placenta und Fruchtwasser ekelerregenden Geruch verbreitet. Unter wechselndem Temperatur- und Pulsbefund bei gleichbleibendem schlechtem septischem Allgemeinbefinden Exitus 11 Tage nach dem Blasensprung. Aus dem Blut konnte bei Lebzeiten nur der Proteusbacillus gezüchtet werden. Autopsie ergab fibromatösen Uterus mit kleinem submucösem Myom. Innenfläche des Uterus schwarz, gangränös, stinkend. Linke Adnexe entzündet mit zahlreichen Adhäsionen, utero-ovarielle hoch hinaufreichende Phlebitis, aus durchschnittenem Ligamentum rotundum tritt Eiter aus. Rechte Adnexe frei. Leber verfettet. Lungen kongestioniert. Verf. glaubt an alte gonorrhoische, unter Geburtstrauma rezidivierte Erkrankung, wobei besonders der Alkoholmißbrauch der Patientin an dem letalen Ausgang schuld sein soll, während er anscheinend der Proteusinfektion weniger Bedeutung beimißt; über Untersuchung des Eiters in den linken Adnexen wird nichts berichtet. *Vaßmer* (Hannover).

Bichat, H.: Un cas de gangrène utérine d'origine abortive. (Uterusgangrän nach Abort.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 2, Nr. 4, S. 380 bis 382. 1913.

19jähriges Mädchen wird 4 Tage nach einem 4monatlichen Abort eingeliefert mit schweren peritonealen Symptomen. Da ein Crimen vorhergegangen war, Uterusexstirpation per Laparotomie, Exitus am folgenden Tage. Der Uterus war gangränös und zeigte in der Mitte der Vorderwand 2 Perforationsöffnungen, die offenbar bei der Abtreibung entstanden waren; nähere Angaben über den Eingriff waren leider nicht zu erlangen. Auffallend war die Thrombosierung sämtlicher Venen (Uterina und Ovarica) und das stark reduzierte Kaliber der Arterien. *Frankenstein* (Köln).

Lourida, K. Th.: Polyvalentes Antistreptokokkenserum bei Puerperalfieber. Grèce med. Nr. **9/10,** S. 144. (Griechisch.)

Verf. empfiehlt im Falle von Puerperalfieber Uterusspülungen mit destilliertem Wasser und intrauterine Jod-Glycerinbehandlung 1—2 mal am Tage. Placentarreste oder vorhandene Blutcoagula werden mittels Curette entfernt, und eine Uterusspülung mit destilliertem Wasser angeschlossen. Glänzende Resultate bei Toxikämie und Bakteriämie sah Verf. sowohl bei Anwendung von Elektrargol (intravenös oder intramuskulär injiziert) als auch bei polyvalentem Antistreptokokkenserum. Innerhalb von 48 Stunden genügen meist 4—6 Injektionen.

Sfakianakis (Berlin).

Findley, Palmer: The management of puerperal thrombophlebitis. (Die Behandlung der puerperalen Thrombophlebitis.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 3, S. 316—319. 1913.

Findley teilt die ausführlichen Krankengeschichten von 10 Fällen puerperaler Thrombophlebitis mit, die eventuell für eine Venenunterbindung in Betracht hätten kommen können. Bei den sechs Fällen, die zum Exitus kamen, versucht er aus dem Sektionsbefund zu einem Urteil darüber zu gelangen, inwiefern die Operation den letalen Verlauf der Infektion hätte verhüten können. Als Resultat seiner Überlegungen ergibt sich in allen Fällen, daß die Venenunterbindung nutzlos gewesen wäre. Ein Fall ist besonders dadurch interessant, weil er zeigt, daß ein Thrombus sich eine weite Strecke an der Venenwand entlang fortsetzen kann über die Stelle hinaus, bis wo er bei der Operation abzutasten gewesen wäre. Vier Fälle heilten spontan. Von der Vaccintherapie sah F. keinen Nutzen. Er teilt ferner das Resultat einer diesbezüglichen Rundfrage an amerikanische Chirurgen und Gynaekologen mit, deren Urteil über die Anwendung der Operation in der Praxis fast ausnahmsweise ablehnend lautet. *Lamers* (Amsterdam).

Zweifel, P.: Die Verhütung der durch Spontaninfektion verursachten Wochenbettfieber. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 39, S. 1443 bis 1449. 1913.

Das Wochenbettfieber haben wir trotz aller Desinfektionsvorschriften noch nicht ausschalten können. Zweifel glaubt jetzt ein zuverlässiges Verfahren gefunden zu haben. Es hat sich herausgestellt, daß Gärungsmilchsäure normaler Inhalt der Scheide ist, und daß Schwangere mit abnormem Scheidensekret sehr wenig Säure haben. Daher wurden bei solchen Schwangeren prophylaktisch Milchsäurespülungen (5‰) durch mindestens 10 Tage ausgeführt. Frauen mit abnormem Scheidensekret bekamen daraufhin nicht öfter Fieber als Gesunde; die Morbidität fiel von 28,6% auf 7,6% (bei normalem Sekret 7,2%). Schwangere mit weniger als 10 Spülungen fieberten in 21%. Einzelheiten in der Arbeit Schweitzers. Beweisender jedoch als diese Statistik ist Schweitzers Nachweis, daß die Scheidenflora sich unter den Spülungen verändert hat. — Eine Frau mit pathologischem Scheidensekret, nicht untersucht, starb an Wochenbettfieber; eine andere, die nach dem Blasensprung auswärts noch ein Bad genommen hatte, ist (ohne Untersuchung) schwer erkrankt. (Das Bad beeinflußt den Scheideninhalt Schwangerer, sollte also durch Waschungen und Duschen ersetzt werden.) Diese Fälle nimmt Z. zum Anlaß, kurz auf die Frage der Selbstinfektion einzugehen, da in letzter Zeit auch von Poten einwandfreie Todesfälle bei nicht untersuchten Wöchnerinnen berichtet worden sind. Der alte Satz: die Gefahr kommt immer von außen, stimmt nicht. Aber der Name Selbstinfektion sagt nicht das Richtige, wie schon von anderen betont wurde; es ist eine Spontaninvasion von Keimen. Für die Praxis folgt daraus, daß die Hebammen das pathologische Scheidensekret kennen, die Ärzte es behandeln müssen; und außerdem, daß bei tödlichem Wochenbettfieber in Zukunft nicht sofort die Hebamme zu belasten ist und bei etwaiger Suspension derselben die ganzen Verhältnisse erst sehr eingehend geprüft werden müssen.

Kermauner (Wien).

Benthin, W.: Zur Behandlung des fieberhaften Aborts. (*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73,** H. 3, S. 832—917. 1913.

Angesichts der widersprechenden Aufnahme, welche die Wintersche Empfehlung der konservativen Behandlung retinierter Eihaut- und Placentarreste sowie fieberhafter Aborte besonders bei Gegenwart hämolytischer Streptokokken erfahren hatte, hat Winter die seit 1909 an seiner Klinik nach diesem Grundsatz behandelten 200 fieberhaften Aborte zusammenstellen lassen, über welche Benthin zum Teil unter ausführlicher Schilderung des klinischen Verlaufes und der bakteriologischen Resultate berichtet. Die bakteriologische Untersuchung

wurde auf die Untersuchung des Scheidensekrets beschränkt, und zwar mittels des Ausstriches auf $1^1/_2$proz. Traubenzuckerblutagarplatten und der Glycerinblutagarplatten, vereinzelt wurden auch Gußplatten angewandt. Die Blutuntersuchungen fanden stets auf Gußplatten und flüssigen Nährböden, meist Traubenzuckerbacillen statt. Anärobe Keime wurden in Burkhardtschen Röhrchen, sowie mittels der Schollmüllerschen, von Sachs modifizierten Hochagarkultur nachgewiesen. Daß auch beim Nichtvorhandensein hämolytischer Streptokokken die aktive Behandlung weit größere Gefahren mit sich bringt, zeigt Verf. zunächst an 152 derartigen, unkomplizierten fieberhaften Aborten, indem bei einer Gesamtmorbidität von 14,5% und einer Gesamtmortalität von 2,6%, die gleichen Zahlen für die sofort aktiv behandelten (77) Fälle 23,3% und 5%, für die rein exspektativ (42), resp. erst exspektativ, dann aktiv behandelten Fälle (33) 4,7%, bzw. 3% Morbidität und 0% Mortalität lauteten. Dabei ergab sich eine ausgesprochene Abhängigkeit der Prognose von der Keimart. Bei Gegenwart ahämolytischer Streptokokken war das Morbiditäts- und Mortalitätsprozent zwar höher, als bei Gegenwart von ahämolytischen Staphylokokken, Bacterium coli und Vaginalstäbchen, aber im Verhältnis zu den Gesamtdurchschnittswerten relativ klein. Die mit hämolytischen Streptokokken infizierten febrilen Aborte (48 Fälle) bespricht B. gesondert, je nachdem dieselben in Klinik, resp. Poliklinik und außerhalb der Anstalt behandelt wurden, und je nachdem dieselben kompliziert waren oder nicht. Die Resultate waren hier folgende: Bei aktiver Behandlung genasen von 16 unkomplizierten Fällen 1 sofort, 6 nach 2—3tägigem Fieber; 4 erkrankten: 2 Pyämien, 2 Parametritiden; 5 starben: je 2 an Peritonitis und akuter Sepsis, 1 an akuter septischer Thrombophlebitis; von 3 komplizierten Fällen starben 2 an: Pyämie. resp. Peritonitis, 1 Fall genas nach längerem Krankenlager. Die Gesamtmorbidität dieser Gruppe betrug demnach 62,2%, die Mortalität 36,7% oder nach Abzug der komplizierten Fälle 56,3% und 31,2%. Bei der rein exspektativen Behandlung erkrankten von 11 unkomplizierten Fällen nur 3 leicht, von 2 komplizierten Fällen erkrankte 1 leicht, 1 starb. Von 7 erst exspektativ. dann aktiv behandelten unkomplizierten Fällen erkrankte 1 schwer an Pyämie, 1 an Parametritis, komplizierte Fälle kamen hier nicht zur Behandlung, so daß die Morbidität für die unkomplizierten Fälle bei rein exspektativen und exspektativ-aktiver Behandlung nur 27,8% und die Mortalität 0% betrug. Außerhalb der Klinik wurden je 2 unkomplizierte und komplizierte Fälle aktiv behandelt; während die ersteren zwei rasch genasen, kamen die letzteren beide zum Exitus. In der letzten Gruppe schließlich erkrankten von 5 spontan abortierten, komplizierten Fällen außerhalb der Klinik je 1 leicht und schwer, und 2 starben. Die für die Praxis wichtige Frage, ob mit der exspektativen Behandlung geschadet wird, möchte Verf. für einen Teil seiner Fälle *verneinen*, für andere angesichts des einen Pyämiefalles offen lassen, wie er es andererseits auch offen lassen muß, ob hier eine aktive Behandlung ein besseres Resultat *gezeitigt* hätte. Besonders betont Verf., daß in zwei Drittel seiner Fälle der Uterus sich bei exspektativer Behandlung spontan seines Inhaltes entleerte, und zwar 3mal am 1., 5mal am 2. und je 1mal am 3., 4. und 10. Tage, und daß im Gegensatz zu den bei aktiver Behandlung meist sehr rasch einsetzenden Verschlimmerungen bei exspektativer Behandlung, mit Ausnahme des einen Pyämiefalles, die oft schon längere Zeit bestehenden Krankheitserscheinungen, wie Fieber, Blutung, Schüttelfröste, rasch abklangen. Voraussetzung ist allerdings strikte Bettruhe, Ergotinmedikation, Diät und Vermeidung äußerer Schädlichkeiten, wozu auch die Untersuchung gehört. Wenn Verf. auf Grund seiner Statistik eine Gesamtmorbidität von 62,2% und Mortalität von 36,7% bei aktiver Behandlung gegenüber 48% und 16% aller exspektativ und außerhalb der Klinik spontan erledigten und komplizierten Fälle oder bei Abzug aller komplizierten Fälle 56% Morbidität und 31,2% Mortalität bei aktiver und 27,8% Morbidität und 0% Mortalität bei exspektativer Behandlung fand, so ist es verständlich, wenn er auch in den Resultaten dieser neuen Serie eine weitere Bestätigung für die Richtigkeit der Winterschen Lehre erblickt. Den Schluß der Arbeit bildet eine kritische Besprechung der seither erschienenen, das gleiche Thema behandelnden Arbeiten aus anderen Kliniken, deren Morbiditäts- und Mortalitätsberechnungen allerdings oft keinen Vergleich mit den Zahlen dieser Arbeit gestatten, da entweder die exspektative Behandlung nicht strikte durchgeführt ist oder aber die Mortalität der mit hämolytischen Streptokokken infizierten Fällen, worin der Kernpunkt der Winterschen Lehre liegt, nicht zum Ausdruck kommt. Unter ausführlicher Widerlegung dieser gegnerischen Einwände glaubt Verf. daher auch in deren Resultaten nur eine Bestätigung der Winterschen Lehre erblicken zu können. *Vaßmer* (Hannover).

Römer, Carl: Erwiderung auf die „Bemerkungen" von E. Sachs zu meiner Arbeit „Über Bakteriämie bei Aborten". Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 2, H. 1, S. 149—152. 1913.

Sachs, E.: Bemerkungen zu obiger Erwiderung von Römer. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 2, H. 1, S. 153. 1913.

Römer, C.: Schlußwort. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 2, H. 1, S. 154. 1913.

Römer: Die Resultate von Sachs sind nicht neu, bereits von Schottmüller erhoben.

(Details im Original nachzusehen). — Sachs: Das Neue in seiner Arbeit und in der Römers ist der zeitlich optimale Nachweis des Eindringens von Keimen in das Gefäßsystem. — Römer: Erweist das Bekanntsein dieser Tatsachen durch Originalzitate aus Arbeiten Schottmüllers.
Schiffmann (Wien).

Patel: Annexite lombaire d'origine puerpérale. (Lumbal gelegene Adnexitis puerperalen Ursprungs.) (Soc. de chirurg., Lyon, séance 17. IV. 1913.) Lyon méd. Bd. **121**, Nr. 36, S. 392—394. 1913.

Acht Tage nach normalem Partus Zeichen einer Infektion; anschließend doppelseitige Thrombophlebitis. Nach 4 Monaten allmähliche Bildung eines entzündlichen Tumors in der rechten Fossa iliaca. Mehrere Incisionen. Schließlich Laparotomie und Entfernung des teils in der Regio lumbalis, teils der Fossa iliaca gelegenen, schwer entzündlich veränderten, rechten Adnexes. Heilung. Mikroskopisch: Chronische Entzündung von Tube und Ovar mit eitrigen Einschmelzungen. Auffallend ist die hohe Lage des Adnextumors gewesen, bedingt durch das Auftreten der Infektion und der folgenden Verwachsungen, ehe das Adnex seinen ursprünglichen Platz im Becken nach der Geburt wieder eingenommen hatte. *Moos* (Breslau).

Cochez, M.: Nouveau cas de périostite fémorale consécutive à un avortement. (Neuer Fall von Periostitis des Femur im Anschluß an Abort.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 2, S. 56—57. 1913.

22jährige Patientin. 2 Partus. 4. Oktober Abort $4^1/_2$ m. Am 3. Tage Schmerzen, später Rötung, Schwellung des linken hinteren Oberschenkels. Am 4. November große Schwellung mit Fluktuation. Keine Phlebitis, keine Ganglionhypertrophie. Leichter Uteruskatarrh. Rechte Lungenspitze affiziert. Incision ergibt reichlichen Eiterabfluß aus einem den Femur außen, hinten und vorn umgebenden Absceß. Drainage. Heilung. Diagnose: Periostitis oder geringe Osteomyelitis. Bakterienkultur: Staphylococcus pyogenes. *Mohr* (Berlin).

Foetus und Neugeborenes:

Bakker, Klaas: Über die Lebensaussichten frühgeborener Kinder mit besonderer Berücksichtigung der spontan frühgeborenen Kinder. (*Allg. Krankenh., Eppendorf, Hamburg.*) Mitt. a. d. Hamburg. Staatskrankenanst. Bd. **14**, H. 8, S. 93—123. 1913.

Das Material entstammt den Jahren 1907—1912. Einteilung in 4 Gruppen nach dem Gewicht (2501—3000 g, 2001—2500 g, 1501—2000 g, 1001—1500 g). Zusammen 1422 Fälle. Die Kinder der ersten Gruppe verhalten sich annähernd so, wie die ausgetragenen Kinder; von der zweiten Gruppe verließen 89,45% lebend die Anstalt, Couveusenbehandlung fand hier nicht statt, davon erreichten 80% der ehelichen Kinder das erste Lebensjahr und nur 59,25% der unehelichen; Gesamtresultat: am Ende des ersten Jahres waren gestorben 38,7%. Von der dritten Gruppe verließen lebend die Anstalt 66%, sie wurden alle sofort in die Couveuse getan; davon erreichten das erste Lebensjahr eheliche 80%, uneheliche 47,22%; im Ganzen erreichten also 54,34% das erste Lebensjahr, mit einigen Abzügen etwa ein Drittel der lebend Entlassenen. Die Couveusenbehandlung scheint einen günstigen Einfluß gehabt zu haben. Von der letzten Gruppe starben 88% in der Anstalt, von den 10 lebend Entlassenen lebt nur ein eheliches, die unehelichen sind alle gestorben. Das Verhältnis der künstlichen Frühgeburten ist ungünstiger, wobei zu berücksichtigen ist, daß infolge der günstigen Hamburger Beckenverhältnisse die Zahl der Frühgeburten wegen engen Beckens sehr gering ist. Hier verließen sämtliche Kinder der beiden ersten Gruppen lebend die Anstalt, von der dritten nur 46,15%, während von der vierten 86,66% starben. Die Zahlenergebnisse der Nachforschung sind hier sehr klein; 5 eheliche aller Gruppen erreichten das erste Jahr, von den unehelichen nur die Hälfte. Im Ganzen findet sich bei den künstlichen Frühgeburten eine Gesamtmortalität von 75,75%, bei den spontanen Frühgeburten von 40,74%. Für die Therapie des engen Beckens ist lediglich die erste Gruppe von Belang, die recht erfreuliche Resultate zeigt. *Frankenstein.*

● Oberwarth, Lillie: Mutterbriefe. Leitfaden zur Pflege und Ernährung des Säuglings. 2. verb. Aufl. Leipzig: Griebens Verlag. 1913. 85 S. M. 1.20.

Die wenig veränderte 2. Auflage des Büchleins gibt in 11 Briefen den jungen Müttern in leicht verständlicher Weise Anleitung und Rat bei der Pflege und Ernährung des Kindes unter besonderer Würdigung des Wertes der Brustnahrung. Im letzten Briefe werden die wichtigsten Säuglingserkrankungen behandelt. *Graeupner.*

Audebert: Hémorragie ombilicale incoercible. (Unstillbare Nabelblutung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 5, S. 525—527. 1913.

Audebert berichtet über eine Nabelnachblutung beim Kinde einer gesunden III p. ex haemophilia. Die Blutung begann am 6. Tage p. p. und rezidivierte trotz aller Maßnahmen: Ligatur, Klemmbehandlung, Tamponade, Gelatine etc. immer wieder und führte am 11. Tage zum Tode. Wassermann negativ. In der Diskussion führen Gaujon und Secheyron ähnliche Fälle an. *Hannes* (Breslau).

Fry, Henry D.: Demonstration of the infant pulmotor, with remarks on its use in the treatment of asphyxia neonatorum. (Demonstration eines Inhalationsapparates für Kinder mit Gebrauchsanweisung für die Behandlung der Asphyxie Neugeborener.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 366—367. 1913.

Beschreibung des Apparates, der vom Draegerwerk herstellt wird. Zuerst wurde der Apparat an toten Kindern, aber vor Eintreten der Totenstarre ausprobiert. Der Sauerstoffdruck bewirkte gleichzeitig Ausdehnung der Lungen und des Magens. Nach Einführen eines Gasschwammes in den Oesophagus konnte Verf. rhythmische Atembewegungen auslösen. Er und Edgar haben mit Hilfe des Apparates mehrmals asphyktische Kinder ins Leben zurückgerufen. Es folgen noch nähere Anweisungen für den Gebrauch des Apparates. *Zweifel.*

Bonnet-Laborderie, A.: Traitement, par la paracentèse d'urgence, de l'asphyxie immédiate des nouveau-nés syphilitiques, atteints d'ascite. (Sofortige Punktion bei Asphyxie syphilitischer Neugeborener infolge Ascites.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21**, Nr. 9, S. 275—277. 1913.

Bonnet-Laborderie, A.: Traitement, par la paracentèse d'urgence, de l'asphyxie „immédiate" des nouveau-nés syphilitiques, atteints d'ascite. (Sofortige Punktion bei Asphyxie syphilitischer Neugeborener infolge Ascites.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 5, S. 468—469. 1913.

Verf. berichtet über den ihm durch briefliche Mitteilung bekannt gewordenen Fall Gaifamis, der hier schon Bd. **3**, S. 91 nach der Originalarbeit referiert worden ist. *Rothe* (Breslau).

Bonnet-Laborderie, A.: Pathogénie de la mort subite „immédiate" des fœtus syphilitiques. (Pathogenese des plötzlichen Todes syphilitischer Neugeborener sofort nach der Geburt.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 38, S. 748—750. 1913.

Verf. verwirft die früheren Theorien, die als Grund solcher plötzlicher Todesfälle Lebensschwäche infolge allgemeiner schlechter Säftebildung ansahen. Er findet als häufigste Ursache eine übermäßige Spannung in der Bauchhöhle, die die Atmung behindert. Hervorgerufen wird sie durch stets vorhandene, oft enorme Vergrößerung der Leber, meist auch der Milz und der Nieren. Mehr oder weniger Ascites kommt dazu. Bildet letzterer ein wesentliches Moment der Überfüllung der Bauchhöhle, so kann man solche Kinder durch rechtzeitige Punktion retten. *Rothe* (Breslau).

Sussmann, Richard: Ein Beitrag zur Kenntnis der Einschlußblennorrhöe der Neugeborenen. (*Hyg. Inst., Univ. Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 32, S. 1545—1548. 1913.

Etwa ein Drittel aller Fälle von Blennorrhöe bei Neugeborenen blieb bisher ohne verwertbaren bakteriologischen Befund. Zur Erklärung dieser fraglichen Fälle wurden verschiedene Hypothesen aufgestellt, unter denen die sogenannten „Spätinfektionen" eine bedeutende Rolle spielten, bis Heymann nachwies, daß die von Provazek-Halberstädterschen Epitheleinschlüsse, die Trachomkörperchen, sich bei vielen Neugeborenenblennorrhöen reichlicher vorfinden als beim Trachom. Experimentelle Untersuchungen führten schließlich zur völligen Identifizierung dieser „Einschlußblennorrhöe" mit dem eigentlichen Trachom. Weitere Untersuchungen jedoch ergaben, daß es sich bei der Einschlußblennorrhöe um eine selbständige, bis jetzt unbekannte Erkrankung handelt. Verf. selbst kommt auf Grund seiner 72 untersuchten trachomunverdächtigen Fälle von Blennorrhöe und blennorrhoischen Katarrhen zu folgendem Resultat: Die Einschlußblennorrhöe umfaßt beinahe die Hälfte aller Blennorrhöen. Dadurch wäre die Lücke der bisher bakteriologisch unaufgeklärten Fälle von Blennorrhöe ausgefüllt. Die meisten „Spätinfektionen" sind „Einschlußblennorrhöen". Diese weisen einen auffallenden Mangel an bakteriellen Keimen auf. Mischinfektionen mit Gonokokken sind selten. Die Einschlußblennorrhöe unterscheidet sich von der Gonoblennorrhöe durch ihre längere Inkubationszeit (5—9 Tage), durch ihr mehr eitrig-schleimiges Sekret, stärkere Neigung zu Schleimhautblutungen, durch einen

schleppenden Verlauf und schließlich durch ein Verschontbleiben der Hornhaut. Die einfachen Katarrhe der Neugeborenen sind keine Einschlußerkrankungen. *Borell.*

Wolff, Georg: Ein geheilter Fall von Tetanus neonatorum. (*Kinderklin., Greifswald.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 37, S. 1789—1791. 1913.

11tägiges Kind hat seit 2 Tagen Krämpfe, eiternde Nabelwunde, typisches Bild von Tetanus neonatorum. Bacillennachweis negativ. Behandlung am 1. Tag 100 I.-E. Tetanusantitoxin in die Umgebung des Nabels, am 2. und 3. Tage je 100 I.-E. zur Hälfte subcutan, zur Hälfte intramuskulär. Die größte Schwierigkeit bot wegen des Trismus die Ernährung. Der Säugling wurde durch 0,5 g Chloralhydrat per Klysma in Narkose gehalten, an einem Tag sogar durch 3 × 0,5 g Chloralhydrat; diese kolossale Überschreitung der Maximaldosis hat nicht geschadet. Die Ernährung wurde anfangs 3 mal später 4 mal mit Sondenfütterung von je 100 ccm Frauenmilch durchgeführt. Chloralhydrat wurde 18 Tage lang gegeben. Die Temperaturkurve wies anfangs Untertemperaturen bis 35° C auf (Chloralhydratwirkung), dann sprunghafte Temperatursteigerungen bis 41,4°. 5 Wochen nach Beginn der Behandlung war das Kind geheilt. *Grünbaum* (Nürnberg).

Riehl, Robert: Über einen Fall von Urticaria pigmentosa bei einem hereditärluetischen Kinde. (*Niederösterreich. Land.-Zentralkinderh. u. Klin. f. Dermatol. u. Syphilidol.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 39, S. 2565—2570. 1913.

Die Diagnose des seltenen Krankheitsbildes wurde durch histologische und biologische Untersuchungen (Wassermann) sicher gestellt. *Harm* (Dortmund).

Azéma: Fracture méconnue de la clavicule chez un nouveau-né; abcès ostéomyélitique au cours d'une septicémie. (Osteomyelitischer Absceß im Verlauf einer Septicämie an einer übersehenen Clavicularfraktur bei einem Neugeborenen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 5, S. 530—532. 1913.

Bei einem Brustkind entstand nach einer geringfügigen und anscheinend abgeheilten Nabeleiterung ein Absceß in der linken unteren Claviculargrube, der incidiert wurde und Streptokokken enthielt. Einige Tage danach hohes Fieber und Anzeichen einer Bauchdeckenphlegmone. Am nächsten Tage Exitus. Bei der Sektion fand sich unter der anscheinend abgeheilten Nabelwunde ein Absceß, der etwa einen Fingerhut voll Streptokokkeneiter enthielt. Allgemeine Peritonitis. Der Absceß in der Claviculargrube ging aus von einer Osteomyelitis an einer Frakturstelle der Clavicula. *Rothe* (Breslau).

Putzig, Hermann: Zur Frage der Sterblichkeit kranker Säuglinge in den ersten Tagen des Anstaltsaufenthalts. (*Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 39, S. 1591—1593. 1913.

Verf. untersuchte diese Frage an dem Material des Kaiserin-Augusta-Viktoria-Krankenhauses aus der Zeit 1909 bis Oktober 1912. Am häufigsten sterben die Kinder in den ersten Lebenstagen an akuten und chronischen Ernährungsstörungen, besonders in Kombination mit akuten parenteralen Infektionen. Besonders gefährdet sind die Kinder im ersten Lebensvierteljahr. Diese Kinder kommen zumeist im Zustande höchster Atrophie zur Aufnahme. Die Hungerperiode dieser Kinder soll man daher möglichst abkürzen. Dazu werden nur Anstalten imstande sein, die über Frauenmilch verfügen. Fast ein Drittel dieser Kinder kommt mit Untertemperatur; man sollte deshalb die Untersuchung auf das Notwendigste beschränken und zuerst versuchen, das Kind zu erwärmen. Die größte Zahl der Todesfälle in der ersten Behandlungszeit fällt in die Sommermonate, besonders in den August. Es sollte deshalb jeder Fall in dieser Jahreszeit, soweit nicht reichliche häusliche Pflege vorhanden ist, sofort in eine Anstalt gebracht werden. Frühgeburten, Zwillingskinder und spätgeborne Kinder aus sehr kinderreichen Familien sind als Individuen mit herabgesetzter Widerstandsfähigkeit zu betrachten. Gleichfalls besonders gefährdet sind Kinder mit Tuberkulose; ferner solche, bei denen eine Polyletalität unter den Geschwistern festzustellen ist; und weiter solche Kinder, die bereits vorher mannigfache Krankheiten durchgemacht haben. Mit aller Macht müssen Ärzte, Hebammen und Fürsorge darauf dringen, daß alle Kinder, besonders aber die oben als besonders gefährdet geschilderten, möglichst lange an der Brust der Mutter bleiben. Schwer erkrankte Kinder sollten möglichst schnell in sachgemäße Pflege kommen. Viele Kinder sind vor ihrer Aufnahme nicht ärztlich untersucht worden, zum Teil vielleicht auch deshalb, weil die

Mütter sich auf die offene Fürsorge verlassen. Deshalb muß die offene Fürsorge immer wieder darauf hinwirken, daß die Mütter sich nicht auf die wöchentlichen Besuche in der Fürsorge beschränken, sondern daß sie sofort beim ersten Krankheitszeichen zum Arzt gehen. In der heißen Zeit muß die Aufsicht der Fürsorgestelle verstärkt werden. *Runge* (Berlin).

Heijl, Carl: Weitere Untersuchungen über die akardialen Mißgeburten. (*Karolinska-Inst., Stockholm.*) Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **13,** H. 3, S. 411 bis 433. 1913.

3 Akardii amorphi des Menschen, von welchen einer bemerkenswert gut erhalten ist, in schönen Übersichtsbildern und 15 mikrophotographischen Tafeln; außerdem Röntgenbild eines Amorphus vom Rind.

Fall 1: Ganz unregelmäßige Knochen und Knorpel; Hirn und Rückenmark ohne Ganglienzellen; Zahnanlagen, Trachea, Lunge, Tonsille, Lymphdrüsen; Magen-Darmkanal in Form von 2 Cysten; Nebenniere, Niere ohne Nierenbecken und Ureter. Harnblase. Ovarium mit Primordialfollikeln. Keine Augen, aber ein deutliches Lid. Kein Herz. Gefäße ganz unregelmäßig. Fall 2: Nur teilweise untersucht. Schädelkapsel, Wirbelsäule, Rippen. Darmkanal und Niere nachgewiesen. Fall 3: Schädelbasis, Zahnanlage, Wirbelsäule, Rippen, eine untere Extremität, Spaltfuß. Niere und Nebenniere gefunden.

Trotz der enormen Umgestaltung reiche Organisation mit reifem, nicht embryonalem Gewebe. Bindegewebe ödematös, fibrillär, mit großen Zellen. Interessant sind die Fälle für die Beurteilung der Teratome, die in neuerer Zeit auch als parasitäre Akardii aufgefaßt werden. Detaillierte Vergleiche mit der Literatur. Heijl glaubt, Übergänge zu Sirenen aufstellen zu können. Es scheint auch freie Akardii von bidermalem Typus zu geben. Inwieweit bei ihnen ein Streben nach normaler Anordnung der Organanlagen besteht, wäre noch zu untersuchen. Bei fetalen Inklusionen ist es entschieden nachweisbar. *Kermauner* (Wien).

Audebert et Laurentie: Achondroplasie chez un nouveau-né. (Chondrodystrophia foetalis Kaufmann bei einem Neugeborenen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 3, S. 291—293. 1913.

Gesunde 35jährige Mutter, bereits 4 gesunde Kinder. Vater gesund. Keine hereditäre Belastung. Wassermann negativ. Geburt 14 Tage ante terminum. Kind 45 cm lang, zeigt die charakteristische Kürze der Extremitäten gegenüber dem normalen Rumpf und dem großen Kopf. Arme nur 17 cm, Beine nur 14 cm lang gegenüber normal 20. Haut wulstig. Irgendein ätiologischer Anhalt war nicht festzustellen. *Rothe* (Breslau).

Wagner, G. A.: Über familiäre Chondrodystrophie. (Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Chondrodystrophie.) (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100,** S. 70—134. 1913.

Der Verf. erörtert an der Hand zweier genauer Beobachtungen die Pathogenese und die Symptomatologie der Erkrankung, bei welcher es sich im vorliegenden Falle um die seltene, direkte Übertragung von der Mutter auf das Kind handelte.

Die Mutter, die lange für rachitisch gehalten wurde, bot schon als Neugeborenes den typischen Befund der Chondrodystrophie: Großer Kopf, normal langer Rumpf, kurze, plumpe Extremitäten. Auf der Wertheimschen Klinik mußte wegen hochgradiger Abplattung des Beckens die Entbindung durch Kaiserschnitt gemacht werden. Das Kind zeigte ebenfalls die Symptome der Achondroplasie, wenn auch in geringem Maße, wie denn überhaupt bei stärkerer Erkrankung die Föten absterben. Es werden dann einzelne Symptome genauer besprochen: die reichliche Entwicklung des Panniculus adiposus, die straffe, hypertrophische Muskulatur mit den starken Muskelansätzen das Vorstehen von Stirn- und Scheitelbeinen und die Einziehung der Nasenwurzel an dem brachycephalen Schädel, die übermäßige Entwicklung der Genitalien; außer einer hochgradigen Abplattung des Beckens mit stark vorspringendem Promontorium kommt als zweite Form das sog. dreiwinkelige, allgemein verengte Becken mit etwas weiterem Beckenausgange vor. In fast allen Geburtsfällen mußte der Kaiserschnitt gemacht werden.

In den letzten Jahren ist immer mehr das hereditäre und familiäre Vorkommen der Erkrankung erkannt worden; aus den angefertigten Stammbäumen geht hervor, daß die Übertragung vom Vater auf die Kinder das Gewöhnliche ist; bisher wurden nur 11 Fälle von Übertragung von Mutter auf Kind beobachtet. — Bei den bisherigen Forschungen wurden zu einseitig die Skelettveränderungen betont; es muß auch der übrige Organismus, vor allem die Funktion der innersekretorischen Drüsen beachtet

werden. Alle neueren Forscher stimmen darin überein, daß die Achondroplasie mit der Rachitis nichts zu tun hat. Die histologischen, vor allem von Kaufmann studierten Veränderungen kennzeichnen sich in einer Unregelmäßigkeit der Knorpelzellsäulen, die besonders in den peripheren Teilen auseinandergedrängt sind, als ob die periostalen Anteile in den Knorpel hineingetrieben wären. Ob eine primäre Entwicklungsstörung des Knorpels, eine „fötale Chondritis" oder bakterielle Vorgänge im Spiele sind, ist unbekannt. Verf. glaubt, daß diese Störung der enchondralen Knochenbildung sich kombiniere mit einem abnorm starken Zug der hypertrophischen Muskulatur in der Längsrichtung, wodurch die Mikromelie bedingt werde. Inwiefern die Drüsen mit innerer Sekretion bei der Entstehung der Chondrodystrophie beteiligt sind, steht noch nicht fest; daß sie einen Einfluß ausüben, ist sicher. Die Chondrodystrophie als „prämature Osteogenese" bedingt durch Hyperthyreosis aufzufassen, geht nicht an; denn einmal sind Schilddrüsenvergrößerungen bis jetzt nicht gefunden, und dann widersprechen alle Erscheinungen des Basedow, einer typischen Hyperthyreosis, den Symptomen der Chondrodystrophie. Die Bedeutung des Adrenalsystems und der Thymus ist ebenfalls noch nicht geklärt. Sicher ist, daß eine Hyperfunktion der Keimdrüse abnorm starke Muskelentwicklung und Hypergenitalismus erzeugen kann. So glaubt Verf. das Wesen der Chondrodystrophie, soweit unsere Kenntnisse bis jetzt reichen, in einer Hyperfunktion der Keimdrüse gefunden zu haben. Dieselbe bedingt einerseits eine Störung des enchondralen Knochenwachstums und dadurch Mikromelie; die Entwicklung der letzteren wird dann weiterhin unterstützt durch eine abnorm starke Zugwirkung der hypertrophischen Muskulatur in der Längsrichtung, die ihrerseits wieder auf eine Hyperfunktion der Keimdrüse zurückzuführen ist. *Rittershaus.*

Kinderkrankheiten:

Grenzgebiete.

Forsyth, R. L.: Research work in summer diarrhoea of children. (Klinisch-bakteriologische Erforschung der Sommerdiarrhöe der Kinder.) Austral. med. journal Bd. 2, Nr. 109, S. 1168—1169. 1913.

Verf. berichtet über 300 systematisch untersuchte Fälle. Die aufgefundenen Bakterien lassen sich zwanglos in 5 Gruppen sondern, von denen zwei, die des Shiga-Flexner- und des Gärtnerschen Typus in je 25% der Fälle vorkommen und auch klinisch einheitlichen Verlauf und ähnliche Symptome zeigen. In der Therapie wurden autogene Sera, Milch und Sera von vaccinierten Kühen ohne besonderen Erfolg versucht. In bezug auf die Infektion weist Verf. auf die Möglichkeit der Ansteckung der Kinder durch Bacillenträger ihrer Umgebung hin. *Laubenburg* (Remscheid).

Lesage, A., et C. Bobillier: La dysenterie amibienne chez les tout petits enfants. (Die Amöbendysenterie bei den ganz kleinen Kindern.) Journal de méd. de Paris Jg. 33, Nr. 36, S. 701—704 u. Nr. 38, S. 739—744. 1913.

In den Tropen kommt die Amöbendysenterie nicht ganz selten auch bei kleinen Kindern vor, doch sind die Fälle bei Kindern unter 2 Jahren zu zählen. In Frankreich selbst erfolgen Erkrankungen durch Amöbenträger, die aus den Kolonien kommen, bei Erwachsenen häufiger. Aber auch bei Kindern unter 2 Jahren haben Verf. 4 Fälle beobachtet. Die häufigste Ursache ist die Amöba tetragena Viereck, selten die Amöba Schaudinn. Die Behandlung bestand im wesentlichen in Injektionen des salzsauren Emetin, eines Ipecacuanhaalcaloids, 2 mal täglich ½—1 cg je nach dem Alter. Die Erfolge waren sehr gute. *Rothe* (Breslau).

Duthoit, R.: Essai de classifications des maladies du tube digestif chez le nourrison. (Versuch einer Einteilung der Erkrankungen des Verdauungstrakts beim Säugling.) Clinique (Brüssel) Jg. 27, Nr. 37, S. 577—581 u. Nr. 38, S. 593—598. 1913.

Verf. bespricht die verschiedenen Versuche, eine einheitliche Nomenklatur der Verdauungs- und Ernährungsstörungen der Säuglinge mit lateinischen Namen aufzustellen, um zu vergleichbaren Statistiken der Säuglingssterblichkeit zu gelangen. Er hält zurzeit nur eine Einteilung nach klinischen Gesichtspunkten für möglich und fügt den verschiedenen Aufstellungen eine neue hinzu, bei der er sich im wesentlichen an das Schema von Marfan hält. 1. Funktionelle Störungen: a) Obstipatio, b) Stadium dyspepticum simplex. 2. Entzündliche Affektionen: a) Stadium catarrhale acutum, b) Cholera infantum, c) Colitis follicularis, d) Formes mixtes.

3. Chronische funktionelle Störungen mit entzündlichen Intervallen: a) Stadium dyspepticum chronicum, b) Gastro-entereritis chronica. 4. Ernährungsstörungen als Folge von Verdauungsstörungen: a) Stadium atrophicum simplex, b) Stadium athrepticum (Pädatrophie). *Rothe.*

Neurologie und Psychiatrie:

Ebstein, Erich: Zur Therapie der Schlaflosigkeit. Ergänzende Bemerkungen zu der Abhandlung von O. Moszeik, Berlin. (Nr. 24 dieser Zeitschrift.) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 39, S. 1598. 1913.

Bruck: Zur Wirkung des Phenakodins bei Kopfschmerzen und Migräne. Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 39. S. 1182—1186. 1913.

Bericht über die psychiatrische Literatur im Jahre 1912. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. Bd. **70**, Lit.-H. 1, S. 1—204. 1913.

Gerichtliche Medizin:

Zweifel, E.: Krimineller Abortivversuch bei nicht bestehender Schwangerschaft. (*Frauenklin., Jena.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 35, S. 1679—1680. 1913.

24jähriges Hausmädchen. 1 Partus. — Da die Regel vom 15. April nur 1 Tag dauerte, konsultierte Patientin einen Arzt, der Gravidität feststellte. Im Mai blieb die Periode ganz aus. Am 22. Mai geringe Blutung, die am 26. von neuem und sehr stark einsetzte, so daß Patientin auf Anraten des Arztes die Klinik aufsuchte. Weder am Genitale noch am übrigen Körper Symptome, die für Gravidität sprechen. Virginelle Portio, die an der rechten Seite bis in das Scheidengewölbe zerfetzt ist. Von diesem Riß aus gelangt die Sonde direkt zum innern Muttermund. Die mikroskopische Untersuchung der durch Abrasio gewonnenen Schleimhautpartikel läßt mit Sicherheit eine Gravidität ausschließen und ergibt eine Endometritis interstitialis; nirgends Deciduagewebe, feste Tamponade der Scheide. Glatte Heilung. *Harm* (Dortmund).

Arnaud: Avortement criminel. Péritonite diffuse aigue, hystérectomie abdominale totale. Mort en 100 heures. (Krimineller Abort. Akute diffuse Peritonitis, abdominale Totalexstirpation. Tod in 100 Stunden.) (Soc. des scienc. méd., Lyon. Seance 9. IV. 1913.) Sem. gynécol. Jg. **18**, Nr. 32, S. 256 bis 257. 1913.

Eine 25jährige zum 2. Mal schwangere Frau, bei der man einen in ein Taschentuch eingewickelten Gummikatheter fand, hatte mit einer $3^1/_2$ monatigen Frucht abortiert und zeigte sehr starke Blutungen. Manuelle Ausräumung von Placentarresten. Temperatursteigerung bis 39,5, Puls bis 130; Erbrechen, Leib stark aufgetrieben und schmerzhaft. Als Arnaud zugezogen wurde, war der Puls 150, eine Stunde später bis 200; starke Dyspnöe. A. machte deshalb Laparotomie und fand in der Bauchhöhle eine große Menge freien, dünnflüssigen Eiters. Exstirpation des weichen, vergrößerten Uterus. Temperatur und Puls blieben jedoch hoch. Tod am vierten Tage. *Bayer* (Köln).

Soziales. Statistik:

Fehling, H.: Der Geburtenrückgang und seine Beziehung zum künstlichen Abort und zur Sterilisierung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 68—74. 1913.

Die Ursachen des Geburtenrückganges (in 40 Jahren fast um 1%) sind nicht ganz klar. Neben der Bedeutung des Eintritts der Frau ins Erwerbsleben, dem notorisch verminderten Zeugungswillen wäre vielleicht daran zu denken, daß durch die veränderten Lebensbedingungen der weiblichen Bevölkerung physiologische Veränderungen der Ovarialtätigkeit gegeben sind. Die Bemühungen der Ärzte, dem Übel zu steuern, lassen sich jetzt schon daran erkennen, daß die Mortalität der Neugeborenen in derselben Zeit um 1% gesunken ist (ca. 20 000 Kinder pro Jahr). Wichtig ist der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, damit gegen die Sterilität (10% der Ehen), ferner gegen die Säuglingssterblichkeit, die in Deutschland noch immer sehr hoch ist, und gegen den kriminellen Abortus. Auch Borntraegers Vorwurf, daß die Ärzte bei der Indikationsstellung zum künstlichen Abortus zu lax seien, ist nicht unbegründet. Für gewisse Fälle muß man jedoch an der Berechtigung des Eingriffes unbedingt festhalten. Bei Lungentuberkulose leitet Fehling den Abortus ein, wenn zu erwarten ist, daß durch nachfolgende Behandlung Heilung erzielt wird, und die Eheleute die Einwilligung

zur Sterilisierung geben, ebenso bei chronischen Herz- und Nierenkrankheiten; außerdem bei Psychosen, hier ohne Sterilisierung. Wenn man sich an diese Indikationen hält, ist der Eingriff nicht so häufig, daß er auf die Geburtenzahl einen nennenswerten Einfluß hätte. Die soziale Indikation muß ganz ausgeschaltet werden. Die gleichzeitige Sterilisierung soll nicht nur weitere Eingriffe überflüssig machen, sondern die Beteiligten auch vor zu leichtfertigen Entschlüssen bewahren. *Kermauner.*

Felhoen, R.: De l'élevage du nourrisson dont la mère travaille à l'usine. (Die Aufziehung des Säuglings, dessen Mutter in der Fabrik arbeitet.) Pédiatr. prat. Jg. **11,** Nr. 18, S. 323—329. 1913.

Von den Versorgungsarten, die die in der Fabrik arbeitende Mutter für ihren Säugling anwenden muß (entfernter Kostplatz, Beaufsichtigung durch die Nachbarin, städtische oder private Krippe, und Fabrikskrippe oder Stillsaal) wird die zweite als die schlechteste bezeichnet, bei welcher auch tatsächlich die höchste Mortalität herrscht, weil die betreffenden Frauen nicht unter gesetzlicher Kontrolle stehen. Die Stadt- oder private Krippe hat den Nachteil, daß sie meist so weit von den Fabriken liegt, daß die Mutter nicht ihrem Stillgeschäft obliegen kann und daß bei künstlicher Ernährung an Sonn- und Feiertagen, wo das Kind zu Hause gehalten wird, die in der Woche erreichten Fortschritte durch unzweckmäßige Ernährung wieder paralysiert werden. Mitgabe einer entsprechenden Anzahl von Flaschenmahlzeiten an Sonntagen und Feiertagen und für die Nacht ist daher eine Forderung. Die größten Vorteile bieten die Fabrikkrippen oder Stillsäle. Allerdings dürfen hier nicht, wie es von den Sanitätsbehörden zu geschehen pflegt, durch allzu große Forderungen hinsichtlich der Instandhaltung derselben die Fabrikanten von ihrer Errichtung abgeschreckt werden. Als Ideal bezeichnet der Verf. die obligatorische Einführung der Stillsäle in Fabriken mit Frauenarbeiterschaft und stützt sich dabei auf die Ergebnisse einer Enquete bei Industriellen, in welcher sich die größte Mehrzahl mit mehr oder weniger Einschränkungen für eine derartige obligatorische Einführung ausgesprochen hatte. Verf. schlägt die Formulierung eines Gesetzes vor, dessen einzelne Artikel folgendermaßen lauten sollen: Jeder Unternehmer irgendeiner Art, der mehr als 100 über 18 Jahre alte Frauen beschäftigt, ist verpflichtet, in seinem Etablissement ein Stillzimmer auf eigene Kosten zu unterhalten. Die Verpflichtung zur Aufnahme von Kindern beschränkt sich aber nur auf Brustgenährte. Nur wenn ärztlicherseits Allaitement mixte vorgeschlagen wird, können auch derartig genährte Kinder aufgenommen werden, die Kosten der Milch fallen aber der Arbeiterin zur Last. Die Kinder werden erst nach ihrem ersten Lebensmonat zugelassen und weiterhin so lange, als der Arzt für Durchführung der natürlichen Ernährung notwendig hält. Die Wahl des Arztes, der die Kinder zweimal monatlich untersuchen und wägen muß, steht dem Unternehmer zu. Jede Arbeiterin hat das Recht, dem Kind dreimal während der Arbeitszeit die Brust zu reichen und dafür eine Pause von einer halben Stunde zu beanspruchen. *Witzinger* (München).[K]

Jellinek, Camilla, Das uneheliche Kind und seine Mutter in der modernen europäischen Gesetzgebung. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jg. **10,** H. 3, S. 141—153. 1913.

Verf. gibt einen Überblick über die Rechtsansprüche des unehelichen Kindes und seiner Mutter gegen den Vater des Kindes. Die Stellung des unehelichen Kindes ist im Laufe der Zeit nicht geradlinig eine immer gehobenere geworden, im Gegenteil, es fanden verschiedene Rückschläge statt (z. B. durch den Code Napoléon). Im allgemeinen gewinnt man den Eindruck, daß die deutsche Gesetzgebung des BGB. selbst durch die modernen Entwürfe fremder Staaten kaum übertroffen wird. Erheblich weiter gehen die Entwürfe mehrerer nordischer Länder, besonders der norwegische vom Jahre 1909. Eine seiner wichtigsten und segensreichsten Bestimmungen besteht darin, daß die Mutter einen Anspruch auf Vorschußzahlung auf die Alimente aus öffentlichen Kassen hat. Die Behörden treiben die Alimente dann wieder vom Vater ein.

Seige (Partenkirchen).

Burnett, Henry Winans: Dispensary management of infantine malnutrition. (Die poliklinische Behandlung der kindlichen Ernährungsstörungen.) Providence med. journal Bd. **14,** Nr. 5, S. 219—223. 1913.

Verf. bespricht hier in weitere Kreise interessierender Form ein wichtiges Thema der Herabsetzung der kindlichen Sterblichkeitsziffer, welches auch in Europa Staat, Kommune und Ärzte zurzeit lebhaft beschäftigt. Er führt die guten Resultate des in Providence, Rhode Island eingeführten Systems auf die vernünftige Zusammenarbeit der Beratungsstellen und der draußen tätigen Aufsichts- und Fürsorgeschwestern zurück. Die Aufgabe der Poliklinik ist, die Fehler der bisherigen Ernährung durch genaue, systematische Stuhluntersuchung in jedem Falle festzustellen, wofür er praktisch gute Methoden angibt, um daraus die für jedes Kind passende Ernährungsform herzuleiten.

Laubenburg (Remscheid).

Reid, A. P.: Heredity and public health. (Erblichkeit und öffentliche Gesundheitspflege.) Public health journal Bd. **4,** Nr. 4, S. 225—228. 1913.

Über die Gesetze der Erblichkeit wissen wir noch recht wenig Bescheid, und es gibt kaum ein Gebiet, wo die Meinungen so geteilt sind. Feststehend scheint nur Mendels Theorie zu sein. Verf. gibt einen Überblick über ihre Entwicklung und Begründung und weist dann auf die Wichtigkeit ihrer praktischen Anwendung hin, nachdem sie lange Jahre hindurch fast vergessen war. Nach zwei Seiten ist diese von unabsehbarer Bedeutung: Einmal der Atavismus, auf der anderen Seite die Degeneration mit ihren Beziehungen zu Elend, Krankheit und Verbrechen. Zurzeit liegt der Hauptanteil ihrer Anwendung noch bei den Pflanzenzüchtern, doch in absehbarer Zeit werden die Gesetze der Vererbung ihren Einfluß auf alle Zweige des Staatswesens ausüben und zu einer Höherzüchtung der Rasse führen. *Seige* (Partenkirchen).

● **Gerngroß, Friedr. Ludw.: Sterilisation und Kastration als Hilfsmittel im Kampfe gegen das Verbrechen.** München: Lehmann. 1913. 42 S. M. 1,20.

Die in verschiedenen Staaten Amerikas eingeführten Gesetze über Sterilisierung von Verbrechern sind sehr einschneidende Maßnahmen. Der Rechtsgrund des Staates ist nicht ein Strafanspruch gegen den Verbrecher, sondern das Recht der Gesellschaft, sich selbst zu erhalten. Sie lassen sich damit begründen, daß andere Mittel (staatliche Erziehung usw.) nicht ausreichen, und die dauernde Haft sehr kostspielig ist. Die dagegen vorgebrachten Bedenken gelten schließlich für jede Art von sichernden Maßnahmen. — Aus unseren bisherigen Gesetzen ließe sich der Eingriff nur rechtfertigen durch persönliche Einwilligung. Verweigert ein Verbrecher die Einwilligung, so bietet das Landrecht nur die Möglichkeit, ihn dauernd in einer Pflegeanstalt unterzubringen, eventuell ihn durch solche Drohung zur Einwilligung zu veranlassen. Nun sind aber die geistigen Fähigkeiten des Betreffenden nicht immer derart, daß er die Tragweite des Entschlusses erfassen kann; oder es ergeben sich aus Anlaß der Entscheidung Aufregungszustände. Es wären daher auch bei uns besondere Gesetze nötig, welche die Operation eventuell gegen den Willen des Verbrechers durchzuführen erlauben. Statt der in Amerika üblichen Kommissionen, welche die Entscheidung treffen, wäre es besser, die Sache den Gerichten zu überlassen, ähnlich wie bei der Entmündigung. Der Staatsanwalt hätte die Forderung zu stellen, ein Rechtsanwalt die Interessen des Angeklagten zu vertreten, die Ärzte nach vorheriger Beobachtung ihr Gutachten abzugeben. Auf Grund des Urteils wäre die Operation auszuführen. — Von den rechtlichen Folgen der Sterilisation ist zu bemerken, daß sie kein Ehehinderungsgrund ist, weil sie die Potentia coeundi bestehen läßt, die Zeugung von Kindern aber nach gerichtlicher Entscheidung nicht zum Wesen der Ehe gehört. *Kermauner.*

Die Bewegung der jüdischen Bevölkerung in Preußen in den Jahren 1910 und 1911. Zeitschr. f. Demogr. u. Statist. d. Juden Jg. **9,** Nr. 9, S. 134—136. 1913.

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band III, Heft 6 S. 257—304

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Hart, C.: Konstitution und Krankheit, mit besonderer Berücksichtigung des weiblichen Genitalapparates. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 161—179. 1913.

Unter Konstitution ist stets eine kongenitale Eigenart zu verstehen. Was erworben wird, hat, streng genommen, mit der Konstitution nichts zu tun, sondern bedeutet Änderungen, Störungen, Schädigungen des ursprünglichen Aufbaues. Die Konstitution selbst ist, wie sie auch immer geartet sei, nie Krankheit an sich. Der Begriff „Disposition" deckt sich nicht ganz mit dem Begriff „Konstitution". Disposition kann Konstitution sein, braucht es aber nicht zu sein. Disposition kann erworben werden, Konstitution im wahren Sinne nie. Alle Krankheit wurzelt letzten Endes in einer Gesamtkonstitution. Im besonderen Maße ist der Genitalapparat geeignet, eine konstitutionelle Eigenart des Individuums zum Ausdruck zu bringen. Kaum ein anderes Organ bzw. Organsystem vermag in gleicher Weise zu zeigen, wie irgendein anatomisch-funktioneller Zustand bald nur Merkmal einer bestimmten Konstitution, bald aber innere Bedingung und Sitz eben auf ihm beruhender krankhafter Lebensäußerungen sein kann. Im wesentlichen ist die Entwicklungshemmung dieses oder jenes Organes und Körperteiles unabhängig von jener des Genitalapparates bzw. der Keimdrüsen. Nur in solchen Fällen, in denen die Entwicklungshemmung eine hochgradige ist, kann und muß sie, gemäß dem Einfluß der Keimdrüsen auf die Ausprägung der sekundären Geschlechtscharaktere Bedeutung für die Gesamtentwicklung gewinnen und kann gelegentlich auch eine allgemeine Entwicklungshemmung bedingen. Verf. hat sich nicht davon überzeugen können, daß Status hypoplasticus und Asthenia universalis auf primärer Enge des Aortensystems beruhen; er kann in letzterer, ebenso wie in der Hypoplasie des Genitalapparates, vielmehr nur die Teilerscheinung einer allgemeinen Minderwertigkeit finden. *Wolff* (Rostock).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Friedberger, E.: Neuere Untersuchungen über den Mechanismus der anaphylaktischen Vergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylatoxinvergiftung. 1. Kritik des gegenwärtigen Standes der Anschauungen über Anaphylaxie und Anaphylatoxinvergiftung. (Über Anaphylaxie. Mitteilg. 37.) (*Pharmakol. Inst., Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. **18**, H. 3, S. 227—271. 1913.

Nach der Theorie, welche Friedberger auf Grund zahlreicher experimenteller Arbeiten sukzessive entwickelt hat, soll der anaphylaktische Shock eine akute Intoxikation durch ein bestimmtes hochgiftiges Eiweißprodukt darstellen, welches der fermentativen Aufspaltung des reinjizierten Antigens seine Entstehung verdankt. Das proteolytische Ferment wäre das Komplement. Das Gift wird mit dem sog. Anaphylatoxin identifiziert, jenen von F. entdeckten Stoffen, die in frischem, artgleichem Serum beim Kontakt mit den verschiedensten Eiweißkörpern auftreten. Gegen diese Hypothese und jeden ihrer Teilsätze wurden von Doerr und seinen Mitarbeitern, Auer, Kraus, Busson, Loewit und Bayer, Sachs, Mutermilch, Bauer u. v. a. mancherlei Einwände und widersprechende Tatsachen vorgebracht, die F. in der vorliegenden Arbeit, zum Teil auf Grund neuer Experimente, zu entkräften sucht; letztere sind

aus den folgenden Referaten zu entnehmen, das Detail der Polemik im Original einzusehen. *Doerr* (Wien).[x]

Friedberger, E., Neuere Untersuchungen über den Mechanismus der anaphylaktischen Vergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylatoxinvergiftung. 3. Weitere Versuche über den Mechanismus der schützenden Wirkung des Kochsalzes bei der Anaphylaxie. (Über Anaphylaxie. Mitteilg. 39.) (*Pharmakol. Inst., Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. **18,** H. 3, S. 280—284. 1913.

Die von Friedberger und Hartoch gefundene Schutzwirkung des NaCl gegen den anaphylaktischen Shock soll nach Ansicht des Autors nicht auf pharmakodynamischen oder physikalischen (osmotischen) Effekten des Chlornatriums, sondern auf der durch die Hypertonie bedingten Behinderung der Komplementfunktionen beruhen. Als Beweis wird angeführt, daß die Bildung des Anaphylatoxins (nach Friedberger identisch mit dem anaphylaktischen Gift) im Reagensgläse durch sehr geringe NaCl-Dosen verhindert werden kann, die pharmakodynamisch schon deshalb nicht in Betracht kommen, weil die Wirkung fertigen Anaphylatoxins auf den Organismus durch Zusatz gleicher Mengen nicht beeinträchtigt wird. *Doerr* (Wien).[x]

Friedberger, E., und A. O. Cederberg, Neuere Untersuchungen über den Mechanismus der anaphylaktischen Vergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylatoxinvergiftung. 4. Weitere Versuche über die Notwendigkeit des Komplements und Amboceptors für das Zustandekommen der Anaphylaxie und Anaphylatoxinbildung. (Über Anaphylaxie. Mitteilg. 40.) (*Pharmakol. Inst., Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. **18,** H. 3, S. 284—299. 1913.

1. Busson und Takahashi, Loewit und Bayer u. a. m. bezweifeln, daß das Komplement beim Zustandekommen der anaphylaktischen Symptome die wichtige Rolle spielt, welche ihm Friedberger zuteilt. Sie stützen sich namentlich darauf, daß bei aktiv präparierten Meerschweinchen, die man mit Pferdeserum oder Hühnereiweiß reinjiziert, oft jede Komplementverarmung des Blutes vermißt wird; nach den vorliegenden Versuchen wären jedoch diese negativen Ergebnisse bloß auf ungenaue Komplement-Titrationen zurückzuführen. Bei hinreichend feinen Abstufungen der Reihenexperimente lassen sich auch bei den genannten Formen aktiver Anaphylaxie Differenzen im Sinne einer Komplementreduktion durch den Shock konstatieren, die allerdings innerhalb weiter Grenzen schwanken und bisweilen recht geringfügig sind. Auch der weitere von Loewit und Bayer erhobene Einwand, daß Meerschweinchen, die man durch Antimeerschweinchenserum vom Kaninchen komplementfrei gemacht hat, noch immer anaphylaktisch reagieren, erscheint den Verff. nicht stichhaltig; abgesehen von mehrfachen Deutungen, die das Experiment zuläßt (s. Original), benötigen solche Tiere zur Auslösung des Shocks 10 mal mehr Antigen, als Kontrollen ohne Antimeerschweinchenserum, sind also weniger empfindlich. 2. Zur Anaphylatoxingewinnung in vitro eignet sich nur komplementhaltiges Meerschweinchenserum, komplementfreies nicht, gleichgültig, ob man das Inaktivieren durch Erhitzen, Schütteln oder durch Kaolinbehandlung bewirkt. $BaCl_2$ vermag die Komplementfunktion nicht völlig auszuschalten, verhütet daher auch die Anaphylatoxinbildung nicht oder doch nur teilweise. Ebenso notwendig wie das Komplement ist für die Anaphylatoxinbildung nach Ansicht der Verff. der Antikörper; in jenen Versuchsanordnungen, in denen Anaphylatoxin aus Antigen und Meerschweinchenserum entsteht, intervenieren die Normalamboceptoren des letzteren. Die Versuche von Moreschi und Vallardi, nach welchen Meerschweinchenserum, das in der Kälte durch Adsorption mit Bakterien seiner Normalamboceptoren beraubt wurde, noch Anaphylatoxin zu bilden vermag, beweisen nichts gegen die Notwendigkeit der Antikörper, da in der Kälte nicht nur Normalamboceptor, sondern auch Komplement verankert wird, wie die nachweisbare Anaphylatoxinbildung bei 0° C lehrt. *Doerr* (Wien).[x]

Castelli, G., Neuere Untersuchungen über den Mechanismus der anaphylaktischen Vergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylatoxinvergiftung.

5. Vergleich zwischen der Toxizität der Antigen-Antikörperverbindungen und dem daraus abgespaltenen Anaphylatoxin. (Über Anaphylaxie. Mitteilg. 41.) (*Pharmakol. Inst., Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. 18, H. 3, S. 300—323. 1913.

Die Arbeit sucht die Notwendigkeit des Komplementes für die Entstehung akut tödlicher Gifte mit anaphylaxieähnlicher Wirkung (Anaphylatoxine) im Reagensglase zu erweisen. Die vom Komplement nicht beeinflußten Verbindungen von Eiweißantigen und zugehörigem Antikörper (Präcipitate, amboceptorbeladene Erythrocyten oder Blutschatten) sind entweder ungiftig, oder wenn sie auf Meerschweinchen toxisch wirken, so töten sie die Tiere (nach den Ergebnissen des Autors) erst in mehreren Stunden, entfalten also mehr protrahierte, chronische Effekte und können daher nicht als das fertige Anaphylatoxin, sondern nur als seine Muttersubstanz betrachtet werden. Erst wenn frisches Meerschweinchenserum (Komplement) auf den Antigen-Antikörperkomplex eingewirkt hat, bildet sich das Anaphylatoxin, und zwar auch dann, wenn die Matrix an sich ungiftig war; es entsteht im Gegensatze zu gegenteiligen Behauptungen auch aus Pferdeserum + Pferdeantiserum bei der Digestion mit Komplement. Es muß hervorgehoben werden, daß Castelli die als Antigene und Antikörper benützten Sera durch Erhitzen komplementfrei macht. *Doerr* (Wien).[M]

Friedberger, E., Neuere Untersuchungen über den Mechanismus der anaphylaktischen Vergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylatoxinvergiftung. 6. Handelt es sich bei der Anaphylatoxinbildung aus Agar-Agar nach Bordet um eine physikalische Adsorptionswirkung? (Über Anaphylaxie. Mitteilg. 42.) (*Pharmakol. Inst., Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. 18, H. 3, S. 323—330. 1913.

Nach Bordet verwandelt sich frisches Meerschweinchenserum, wenn es mit Agargallerte bei 37° C in längerem Kontakt gehalten wird, in ein für Meerschweinchen akut tödliches Gift (Anaphylatoxin), eine Tatsache, welche so gedeutet wurde, daß das artgleiche Serum hier wie auch bei Verwendung anderer kolloider Substrate durch Adsorption bestimmter Stoffe toxisch wird. Friedberger bestätigt diese Angabe, findet, daß die Giftbildung nicht nur mit Agargel, sondern auch mit Agarhydrosol gelingt, verwirft aber die Erklärung; Agar enthält nämlich nicht unbeträchtliche Mengen von Eiweiß, und es wäre daher möglich, daß auch in diesem Falle die Proteolyse durch die fermentative Komplementwirkung die toxischen Abbauprodukte liefert, daß also nicht das Serum, sondern das Agarprotein die Matrix des Giftes darstellt. Die Adsorptionstheorie will F. erst dann gelten lassen, wenn man Anaphylatoxin durch Adsorption mit einem N-freien, echten Kolloid gewinnen könnte; eigene Versuche mit Natriumsilicatgelee fielen jedoch negativ aus. *Doerr* (Wien).[M]

Friedberger, E., und A. Lurà, Neuere Untersuchungen über den Mechanismus der anaphylaktischen Vergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylatoxinvergiftung. 2. Über Antigenresorption nach der intraperitonealen Reinjektion bei präparierten Meerschweinchen. (Über Anaphylaxie. Mitteilg. 38.) (*Pharmakol. Inst., Univ. Berlin.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig. Bd. 18, H. 3, S. 272 bis 280. 1913.

Wenn man aktiv präparierten Meerschweinchen das betreffende Eiweißantigen intraperitoneal injiziert, so erscheint es nach einer gewissen Zeit im strömenden Blute in größeren Mengen als bei normalen Kontrollen. Doerr und Pick, welche diese Erscheinung zuerst beschrieben, folgerten daraus, daß im anaphylaktischen Shock kein vermehrter Eiweißabbau stattfinden müsse, um so mehr, als man auch bei sensibilisierten Kaninchen unter gewissen Bedingungen durch intravenöse Antigeninjektion heftige Reaktionen auslösen kann, obwohl die fortlaufende Untersuchung des Blutes kein schnelleres Verschwinden des heterologen Proteins erkennen läßt. Diese Tatsachen werden von den Verff. bestätigt, ihre Deutung bestritten. Einmal sei die angewendete Methode zu grob, um das Manko der geringen Eiweißmengen, deren Abbau genügend anaphylaktisches Gift liefert, nachweisen zu lassen; zweitens reagieren präparierte Meerschweinchen auf endoperitoneale Reinjektionen mit einer heftigen Peritonitis,

welche ebenso wie andere z. B. durch Terpentinöl verursachte Entzündungen eine vermehrte Resorption von Eiweißkolloiden zur Folge hat. *Doerr* (Wien).*

Zinsser, A.: Untersuchungen über Harngiftigkeit bei Anaphylaxie. (*Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 1, S. 400—407. 1913.

Die Untersuchungen ergeben, daß die von Ruppert, Franz, Esch bei wenigen Fällen beobachtete Harngiftigkeit kein für Eklampsie konstantes oder charakteristisches Symptom ist. Die Harngiftigkeit kann nicht herangezogen werden, um die Eklampsie als Überempfindlichkeitskrankheit zu deuten. Die Hoffnungen, die die Eklampsieforschung mit der Anaphylaxie verknüpfte, sind unerfüllt geblieben. *Weißwange* (Dresden).

Meyer, Kurt: Über das Verhalten des Serumantitrypsins bei der Anaphylaxie. (*Stadtkrankenh., Stettin.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Orig. Bd. 19, H. 2, S. 179 bis 185. 1913.

Widerlegung der Angaben Pfeiffers und Jarischs und Rusznyáks, daß die antitryptische Wirkung des Serums durch Eiweißspaltprodukte bedingt sei; ebensowenig lassen sich die Befunde Pfeiffers über eine Vermehrung des Antitrypsins im anaphylaktischen Anfall bestätigen. Es fand sich regelmäßig eine Abnahme des Serumantitrypsins, nach 24—48 Stunden setzt eine Antitrypsinvermehrung ein. Die Verminderung des normalen Antitrypsingehaltes im Anfall ist wahrscheinlich bedingt durch eine vermehrte Tätigkeit proteolytischer Fermente, sowie durch die infolge Blutdrucksenkung hervorgerufene Verdünnung des Serums durch Lymphe und Gewebsflüssigkeit. *Emmerich* (Kiel).*

Pazzi, Muzio, Modificazioni fisiologiche e patologiche negli apparati organici della donna nello stato di gestazione ed all'infuori del medesimo. (Physiologische und pathologische Veränderungen in den organischen Apparaten des Weibes im Schwangerschaftszustande und außerhalb desselben.) Clin. ostetr. Jg. 15, Nr. 10, S. 222—231, Nr. 11, S. 251—255 u. Nr. 12, S. 276 bis 281. 1913.

Manche konstante und zufällige Funktionsstörungen des Nerven- und Kreislaufsystems der menstruierten und schwangeren Frau lassen sich auf Intoxikationszustände zurückführen, bei welchen dem Blute als dem Träger aller Produkte unserer drüsigen Organe die Hauptvermittlerrolle zukommt. Sämtliche, bisher bekannten auf Einfluß der Genitalfunktion zurückzuführenden quali- und quantitativen Veränderungen des Blutes werden besprochen und die verschiedenen Theorien angeführt. Dem Uterus käme durch die Menstruation und Lochialabsonderung gewissermaßen die Funktion eines Absonderungorganes zu. Durch Retention gewisser Produkte der Sexualdrüsen und des mütterlichen sowohl, als des fötalen Stoffwechsels folgen Intoxikationszustände, welche schwere Störungen, besonders des Nervensystems bedingen können und daher gewürdigt werden müssen. Die Funktion der Geschlechtssphäre erweckt im weiblichen Organismus allgemein sich abspielende Phänomene, welche sich in bestimmten Stadien des weiblichen Lebens mit größerer oder geringerer Intensität erfüllen und zur Theorie der Wellenbewegungen führten. Die neuesten Forschungen über Temperatur, Puls, Blutdruck, Stoffwechsel, Muskelkraft, Erregbarkeit des Nervensystems usw. des geschlechtsreifen Weibes bezeugen die Exaktheit der Tatsachen, auf welche sich die Wellentheorie stützt, denn es besteht ein kausaler Nexus zwischen Ovulation und obengenannten Veränderungen, welche im Kindesalter, nach der Menopause und auch bei Kastrierten fehlen, während sie durch elektrische Stimulation, durch Steigerung des intraovariellen Druckes, durch Darreichung ovarieller Extrakte hervorgerufen werden können. Die sexuelle Welle, welche wie Ebbe und Flut durch zwei sich folgende Zustände von vorwiegend sympathischer Funktion und Vagotonismus sich äußert, erreicht ihren Höhepunkt im Triebe zur Zeugung und zur Erhaltung des Konzeptionsproduktes d. i. in der Mutterschaft, während welcher durch humorale Veränderungen, durch toxisch-chemische Einflüsse es zu markierten krankhaften Er-

scheinungen bis zur Perversion der Instinkte und bis zur Zerstörung des Konzeptionsproduktes kommen kann, was von medizinisch-juridischem und sozial-juridischem Standpunkte große Bedeutung haben kann. Eine Idiosynkrasie oder Anaphylaxe spielt hier unzweifelhaft ihre Rolle, denn sie wurde bei natürlicher Symbiose bei durch Mißbildung vereinten menschlichen Weibern (Siamesische Schwestern) als auch bei künstlich geschaffener Symbiose bei Tieren festgestellt. Auf Grund der neuesten Forschungen ist es gerechtfertigt anzunehmen, daß während der Schwangerschaft und Geburt besonders günstige Bedingungen für die Entstehung von derartigen Intoxikationszuständen bestehen, deren Symptome zwar klar hervortreten, deren Wesen aber noch vollständig in Dunkel gehüllt ist.
Gattorno (Triest).

Bedson, S. Phillips: Lésions des organes à sécrétion interne dans l'intoxication vermineuse. (Veränderungen in den Drüsen mit innerer Sekretion unter dem Einfluß von Wurmgiften.) Ann. del'inst. Pasteur Bd. **27**, Nr. 8, S. 682 bis 699. 1913

Versuche an Meerschweinchen, denen Perienteralflüssigkeit von Ascaris megalocephala oder wässerige Extrakte aus verschiedenen Tänien zur Erzielung einer akuten Vergiftung intravenös, zur Erreichung eines chronischen Vergiftungsbildes in verschiedenen Verdünnungen wiederholt subcutan injiziert wurden. Die Ascarisflüssigkeit führte so schnell zum Tode, daß keine Veränderungen in den innersekretorischen Drüsen auftreten konnten, das etwas langsamer wirkende Täniotoxin veranlaßte deutliche Veränderungen besonders in den Nebennieren: Hyperämie, Hämorrhagien, Lipoidschwund in der Zona spongiosa, Chromatolyse, Karyokinese, manchmal leukocytäre besonders eosinophile Infiltration. In den übrigen Drüsen mit innerer Sekretion fand sich meist nur Hyperämie, in der Schilddrüse auch Epithelabstoßung geringen Grades, in der Hypophyse manchmal Vakuolenbildung, Kerndegeneration, Mitosen. — Gegenüber der chronischen Vergiftung zeigte sich eine sehr verschieden große individuelle Resistenz. Tiere, die während der Vergiftung stark an Gewicht abnahmen, boten in ihren Nebennieren nur das Bild der Degeneration im Gegensatz zu den Nebennieren resistenter Tiere, die Reparationsvorgänge bis zur Hypertrophie der Zona spongiosa aufwiesen. In der Schilddrüse chronisch vergifteter Tiere kam es zu starker Epithelabstoßung, zu Verminderung des Kolloidgehalts, weiterhin zu Bindegewebsneubildung. Das Kolloid wurde basophil. In den übrigen Organen traten keine wesentlichen Veränderungen auf. — Hinweis auf analoges Verhalten der innersekretorischen Drüsen bei verschiedenen Krankheiten und experimentellen Infektionen und Vergiftungen.
E. Neubauer (Karlsbad).M

Gilford, Hastings: The effects of the ductless glands upon development. (Die Beeinflussung der Entwicklung durch die Drüsen ohne Ausführungsgang). Lancet Bd. **2**, Nr. 10, S. 718—720. 1913.

In der Gruppe der Drüsen ohne Ausführungsgang spielt die Schilddrüse die Hauptrolle. Während der Kindheit wird ihr Einfluß gehemmt durch die Thymus, die Hypophyse und das lymphatische System. Die Nebennierentätigkeit erweckt wahrscheinlich die Funktion der Geschlechtsdrüsen.
Gräfenberg (Berlin).

Mohr, L.: Über die innere Sekretion der Speicheldrüsen und ihre Beziehungen zu den Genitalorganen. (*Med. Univ.-Poliklin., Halle a. S.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 408—433. 1913.

Es bestehen intime Beziehungen zwischen den Speicheldrüsen und den meisten Blutdrüsen, besonders den Genitalorganen. Beispiele dafür: Speichelfluß bei sexuellen Erregungen, Gravidität, Genitalerkrankungen, periodische doppelseitige Parotisschwellung bei Menses, in der Menopause und Gravidität. Beispiele aus der Pathologie stützen diese Anschauung z. B. Erkrankungen der Hoden und Ovarien bei Mumps, ab und zu vorkommende Affektionen der Schilddrüse, des Thymus, Pankreas und der Mammae bei dieser Erkrankung. Daß man aber auch bei chronischen Infektionskrankheiten, besonders der Lues, ferner bei innersekretorischen Erkrankungen, bei denen Anhalts-

punkte für infektiöse Ätiologie fehlen, gemeinsame Reaktion der Speicheldrüsen mit den übrigen endokrinen Organen sieht, wird an Beispielen aus der Klinik demonstriert. In fast allen Beobachtungen kommt eine anatomische oder funktionelle Anomalie der Genitalorgane im Sinne einer Hypo- oder Dysfunktion zum Ausdruck. *Jonas* (Greifswald).

Gaifami, Paolo: Über die Giftigkeit der wässerigen Placentaextrakte und über die giftabschwächende Wirkung des Blutserums. Pathologica Bd. **5**, Nr. 113, S. 415 bis 419. 1913. (Italienisch.)

Der Autor hat die Wirkung wässeriger Extrakte von Placenten verschiedener Provenienz geprüft und ihre Toxizität besonders bei Kaninchen konstatieren können; Meerschweinchen waren weniger empfindlich. Die Beschreibung der Technik und der beobachteten Symptome ist im Original zu ersehen. Was die Wirkung des Blutserums auf die Giftigkeit der Extrakte anlangt, so wurde Blutserum der schwangeren und nichtschwangeren Frau, fötales Serum und Pferdeserum angewandt. Mit Pferdeserum konnte keine oder nur minimale neutralisierende Wirkung hervorgebracht werden, mit Fötalserum nur eine geringe, eine offenkundige Wirkung dagegen mit Frauenserum, sei es von Schwangeren oder Nulliparen. — Lungenextrakt erwies sich ebenfalls für Kaninchen als toxisch und wurde ebenfalls durch menschliches weibliches Serum neutralisiert. *Benario* (Frankfurt a. M.).

Allgemeine Diagnostik:

Schilling, V.: Technik des Blutausstriches und eine neue Differential-Zähltafel für Leukocyten. (*Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrankh., Hamburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 41, S. 1985—1987. 1913.

● **Lenhartz, Hermann: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. 7. umgearb. u. verm. Aufl. v. Erich Meyer.** Berlin: Springer 1913. VIII, 391 S. M. 10.—.

Der Gynaekologe, der als nicht spezialistisch vorgebildeter Internist das Gedächtnis für alte Methoden wieder auffrischen oder neue Arbeitsmethoden schnell und übersichtlich studieren will, wird in der durch Erich Meyer (Straßburg) besorgten Neuauflage des Lenhartzschen Lehrbuches sich leicht über die gesamte klinische Bakteriologie und Parasitologie sowie über die Diagnostik des Blutes informieren können. Eine ausgiebige Beschreibung hat die Untersuchungsmethodik von Harn, Sputum und Magen-Darminhalt gefunden. Ein eigenes Kapitel ist der Untersuchung der Konkremente und der Punktionsflüssigkeit gewidmet. Außerdem werden in einem Anhange die Ausscheidungen der Brustdrüse und der Vagina kurz behandelt. *Gräfenberg* (Berlin).

Adam, G. Rothwell: Bacilluria in gynaecological practice. (Bacillurie in gynaekologischer Praxis.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 104, S. 1117—1118. 1913.

Verf. beobachtet systematisch den Urin bei gynaekologischen Fällen: a) kurz vor der Operation; b) 24 Stunden nach derselben und c) eine Woche nach der Operation. Bei a) fand er in 40% Bacterium coli in mäßiger Menge, bei b) 70% in größerer Menge, bei c) in 60%. Bei einer großen Anzahl der Beobachtungen waren keine oder nur sehr geringe Symptome vorhanden. Bei 143 operierten Fällen war nur in 7 Fällen eine Behandlung notwendig. Er glaubt, daß in der Lage der Urethra, in der Nähe des Afters der Grund für diese Erscheinung zu suchen ist. Er empfiehlt die Behandlung mit autogener Vaccine, mit kleinen Dosen beginnend, Injektion in den Oberarm. Außer etwas Kopfschmerz in einigen Fällen keine unangenehmen Symptome. In einer Woche bis 10 Tagen vollständige Heilung. *Weisswange* (Dresden).

Cottin, E.: La réaction de Moriz Weisz dans les urines. (Die Reaktion von Moritz Weiß im Harne). (*Clin. méd., Genève.*) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **33**, Nr. 8, S. 625—632. 1913.

Die Weißsche Reaktion (Zusatz von Kaliumperganat) zum Nachweise von Urochromogen im Harn hat bei Tuberkulösen eine prognostisch ungünstige Bedeutung, wenn sie dauernd positiv ist. Auch bei anderen Erkrankungen (Bronchopneumonie, Herzinsuffizienz, Typhus, Urämie, Hemiplegie) hat der positive Ausfall der Reaktion eine prognostisch schlechte Bedeutung. *Tachau* (Berlin).

Webster, T. A.: Die Bestimmung des Kalkgehaltes des Blutes nach W. Blair Bells Methode. (*Abt. f. Biochem., Univ. Liverpool.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 3, S. 829—831. 1913.

Energische Zurückweisung der Kritik, die Lamers an der Technik der Blair-Bell-Methode zugunsten einer eigenen Methode ausgeübt hatte. *Hamm* (Straßburg).

Junger, E.: Beitrag zur Methodik der Hämoglobinbestimmung. (*Med. Klin. R. v. Jaksch, Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 35, S. 488—489. 1913.

Vergleichende Hämoglobinbestimmungen mit den Apparaten von Schlesinger und Fulo (Kontrast-Hämoglobinometer), Sahli, Fleischl-Miescher und dem Apparat „Optima" bei 50 Patienten. Die genauesten Werte gibt das Hämometer von Fleischl-Miescher; der Schlesingersche Apparat gestattet die einfachste Ablesung. Mit letzterem sehr gut übereinstimmende Zahlen erhält man mit der Methode von Sahli. „Optima" gibt nur approximative Werte. *Roth* (Zürich).M

Backman, Wold: Zur Topographie des Nabels. (*Malm-Krankenh., Jakobstad.*) Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. **55**, H. 9, S. 324—331. 1913. (Schwedisch.)

Verf. hat an 949 Personen (566 Frauen und 383 Männer) die relative Lage des Nabels bezügliche Messungen angestellt. Als Orientierungspunkt ist die Mitte der Entfernung zwischen der Basis des Proc. xiphoideus und dem oberen Rande der Symphyse benutzt worden. Es hat sich ergeben, daß der Nabel in 8,9% der Fälle mit oben genanntem Punkte zusammenfiel, in 21,8% oberhalb und in 69,3% unterhalb desselben lag. Die Variationen haben sich zwischen 5 cm oberhalb und 8 cm unterhalb des Halbierungspunktes bewegt; in den meisten Fällen jedoch waren die Abweichungen nicht so groß. In 74,6% der Fälle lag der Nabel innerhalb der Grenze 2 cm ober- und 2 cm unterhalb des Halbierungspunktes; bei Ausdehnung der Grenze auf 3 cm ober- und ebensoviel unterhalb dieses Punktes fielen 92,6% der Fälle innerhalb derselben. Durchgemachte Entbindungen scheinen keine nennenswerte Änderung der Lage des Nabels herbeizuführen; ebensowenig haben in dieser Beziehung Geschlecht und Alter einen Einfluß. Verf. gelangt zu der Auffassung, daß der Nabel, trotz der erwähnten Variationen, ebenso wie bisher, in praktischer Hinsicht wohl geeignet sei, als Orientierungspunkt für die Bestimmung der Lage gewisser Bauchorgane zu dienen. *Björkenheim* (Helsingfors).

Allgemeine Therapie:

Meidner: Wirtschaftliches und Physikalisch-Technisches zur modernen Radiotherapie. Therap. d. Gegenw. Jg. **54**, H. 10, S. 458—461. 1913.

Zusammenfassende Übersicht.

Albers-Schönberg: Der Kampf um die Röntgentherapie in den allgemeinen Krankenhäusern. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 6, S. 576 bis 577. 1913.

Vom Röntgentherapeuten soll keine geringere Vorbildung verlangt werden, als vom Röntgendiagnostiker. Die Handhabung der Apparate, die Behandlung und Kritik der Röhren, die Beurteilung der Dosierungsmethoden, die Verhinderung etwaiger Schädigungen muß erlernt und vor allem geübt werden. Die Röntgentherapie kann nicht im Nebenamt ausgeübt werden. Jedes moderne große Hospital sollte ein erstklassiges Röntgeninstitut, das vom Fachmann geleitet wird, haben, wo die chirurgischen, gynaekologischen, dermatologischen Fälle behandelt werden. Dazu kommt, daß ein zentralisierter Betrieb unendlich viel billiger arbeitet als ein dezentralisierter. *Immelmann* (Berlin).

Somerville, W. F.: X-rays in malignant disease. (Röntgenstrahlen bei malignen Erkrankungen.) Glasgow med. journal Bd. **80**, Nr. 3, S. 184. 1913.

Ein im Anschluß an ein Trauma bei einer 71 jährigen Frau entstandenes, und $2^1/_2$ Jahre bestehendes scirrhöses Carcinom der Brustdrüse wurde durch Röntgenbestrahlung, $^1/_2$ Jahr lang wöchentlich eine Bestrahlung, zur Heilung gebracht. (2 Abbildungen.) *Hoffmann*.CH

Meyer, Fritz M.: Zur Frage der Röntgenbehandlung des Carcinoms der weiblichen Genitalien. Zentralbl. f. Röntgenstrahl., Radium u. verw. Geb. Jg. **4**, Nr. 9, S. 365—369. 1913.

Die Arbeit fußt auf den Resultaten von Bumm und Franz. Operable Carcinome sollten operiert werden, nur für inoperable und für solche Fälle, bei denen die Operation kontraindiziert ist, sei Röntgen-, bzw. Mesothoriumtherapie anzuwenden. Allzu große Dosen seien wegen der Möglichkeit des Auftretens von Spätschädigungen zu vermeiden; „auch mittlere Dosen führen oft zum Ziel". *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Cole, Lewis Gregory: An X-ray table for serial and stereoscopic radiography and fluoroscopy. (Ein Röntgentisch für Serien- und stereoskopische Aufnahmen und für Durchleuchtung.) Arch. of the Roentgen ray Bd. **18**, Nr. 4, S. 147—150. 1913.

Der von Gregory konstruierte Tisch gestattet als besonderen Vorzug eine Kontrolle der Aufnahmeeinstellung am Leuchtschirm, dessen Bild durch eine Celluloidplatte und Spiegel im Schutzraum sichtbar gemacht wird; nach richtiger Einstellung kann sofort die Platte unter die Celluloidscheibe geschoben werden. Verwendung kleiner Platten durch genaue Lokalisation und sehr schneller Wechsel der Platten ohne Bewegung des Patienten wird so ermöglicht. Die Kompression geschieht durch einen Gummibeutel, dessen Spannung pneumatisch vom Sitz des Operateurs aus betätigt wird. (2 Abbildungen der Gesamteinrichtung.) *Hoffmann.*CH

Eben, Robert: Fall von Röntgenulcus von elfmonatiger Dauer ohne Heilungstendenz. Heilung mit Zellerscher Pasta. Prag. med. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 36, S. 498—500. 1913.

Bei einem Röntgendiener, der ca. 6 Jahre ohne Schutz gearbeitet hatte, entwickelte sich auf dem Handrücken ein äußerst schmerzhaftes, fünfmarkstückgroßes Röntgencarcinom (abgebildet). Da Pat. die Amputation der Hand verweigerte, wurde ein Versuch mit Zellerscher Ätzpaste gemacht in folgender Modifikation: Acid. arsenicos. 2,5, Hydrargyr. sulfur. rubr. 7,5, Carbo animal. 4,0, F. l. art. pasta ad 100. Täglich Verbandwechsel, innerlich Silicium. Nach 5 Wochen hatten sich alle nekrotischen Partien abgestoßen, es kamen gesunde Granulationen, die sich vollständig überhäuteten. *Grashey* (München).CH

Vallet, E.: Nouveau mode d'application externe du radium. (Eine neue Art der äußerlichen Radiumanwendung.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 69, S. 697 bis 698. 1913.

Nach Auseinandersetzung der Nachteile, die Platten und Stoffe als Träger der Radiumsalze besitzen, empfiehlt Verf. dünne Gelatinehäutchen. — In Gelatine werden kleine Mengen von Radiumsalzen emulgiert und die Gelatine zu dünnen Häutchen ausgegossen, die man nach der Größe des Herdes ausschneidet und nach Erwärmung aufklebt. Die geringe Menge des Radiumsalzes verlangt, daß das Häutchen wochenlang liegen bleibt, macht das Verfahren aber sehr billig. Es eignet sich nur zur Anwendung in der Dermatologie. — Über die nötigen Mengen von Radiumsalz wird keine Angabe gemacht. *Denks* (Hamburg).CH

Fabre, S.: Rôle de la radiumthérapie comme adjuvant de l'exérèse chirurgicale. (Die Rolle der Radiumtherapie als Unterstützung der chirurgischen Behandlung.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 36, S. 706—707. 1913.

Verf. kommt zu folgendem Ergebnis: Die Tumorzellen werden durch „sehr harte Strahlung" (0,3-mm-Nickel-, Kautschuk-Gazefilter) im Wachstum nicht nur gehemmt, sondern oft tritt Schrumpfung ein, so daß inoperable Tumoren mitunter operabel werden. Kurze Bestrahlungen mit geringen Dosen sind unzulänglich; Durchschnittsdosis 50 mg Rad. sulf. 24—28 Stunden. Diese Erfahrungen wurden an Mamma- und Uteruscarcinomen gewonnen. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Pusey, William Allen: What can be done in cancer with Roentgen rays? (Was läßt sich mit Röntgenstrahlen bei der Behandlung des Carcinoms erreichen?) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 8, S. 552—556. 1913.

An der Hand einer Reihe von Fällen (Abbildungen) zeigt Verf., daß die Röntgenstrahlen bei allen Hautkrebsen gute Resultate liefern, es sei denn, daß die regionären Lymphknoten schon erkrankt sind, der Krebs in die Knochen hineingewuchert ist, auch dann hat er freilich noch Besserung gesehen. Die meisten Fälle wurden dauernd geheilt! Ähnlich steht es mit dem Mammacarcinom; für die Röntgenbehandlung kommen hier hauptsächlich die Rezidive in Betracht, doch hat Verf. auch zwei operable primäre Tumoren geheilt (Beobachtungsdauer 8 und 11 Jahre, Diagnose klinisch!). Eine Statistik veröffentlicht Verf. nicht, auch keine Angaben über die Röntgendosen, es ist nur von kräftigen, vielfach wiederholten Bestrahlungen die Rede. *Denks.*CH

Grineff, D.: Über die biologische Wirkung des Mesothoriums. Der Einfluß des Thorium X auf die Gerinnung des Blutes. (*Pathol. Inst., Univ. Berlin.*) Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1, S. 94—103. 1913.

Verf. hat nach der Methode von Wohlgemuth aus Hundeblut Fibrinferment und Fibrinogen dargestellt und mit Magnesiumsulfatplasma resp. Serum in verschiedenen

Verdünnungen gemischt. Wird den Gemischen Thorium X in physiologischer Kochsalzlösung zugesetzt, so zeigt sich bei kleinen Dosen (4000—6000 Macheeinheiten) kein Einfluß auf die Gerinnung, bei etwas höheren Dosen wird die Gerinnung verstärkt, und bei noch höheren (14 000 M.-E.) gehemmt. Bei Maximaldosen von 27 000 M.-E. tritt überhaupt keine Wirkung ein. (Ausführliche Tabellen.) Spritzt man die Thoriumlagerung den Tieren selbst in eine Vene, so ergibt sich bei wiederholten Injektionen, noch nicht nach der ersten, eine Zunahme der Gerinnung. Es wurden etwa 60 000 M.-E. pro kg Körpergewicht injiziert. — Eine Injektion von 900 000 M.-E. führte den Tod des Versuchstieres herbei. *Denks* (Hamburg).CH

Schnée, Adolf: Zur Technik der Tiefenbestrahlung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20, H. 6, S. 573—574. 1913.

Entgegnung auf einen persönlichen Angriff eines Gegners.

Christen, Th.: Über einige aktuelle Fragen der Röntgenphysik. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 21, H. 1, S. 1—22. 1913.

Gunsett, A.: La question du mésothorium dans le traitement du cancer en Allemagne. (Mesothorium bei der Behandlung des Krebses in Deutschland.) Arch. d'électr. méd. Jg. 21, Nr. 363, S. 102—112. 1913.

Sammelreferat.

Christen: Die physikalischen Grundlagen für die Dosierung der Röntgenstrahlen. Strahlentherapie Bd. 3, H. 1, S. 162—164. 1913.

Christen betont gegenüber anderen Auffassungen, daß die Röntgenstrahlung als homogen betrachtet werden kann (kein „Strahlengemisch"), ferner daß man nicht mit einem Filter einfach die der Haut schädlichen Strahlen abfangen kann, denn auch von der härtesten Strahlung absorbiert die Haut stets mehr als eine gleich dicke Schicht in der Tiefe. Er definiert die Begriffe Intensität, Dosis, Halbwertschicht, Flächenenergie; letztere mißt er mit einem neuen Instrument, dem Jontoquantimeter (Reiniger, Gebbert & Schall). *Grashey.*CH

Nogier, Th.: Das Radiochromoskop, ein Apparat, der eine exakte Schätzung der Röntgenstrahlendosen unter immer vergleichbaren Bedingungen gestattet. Strahlentherapie Bd. 3, H. 1, S. 165—171. 1913.

Der beschriebene Apparat gestattet, das Chromoradiometer bei künstlichem Licht (matte Kohlenfadenglühbirne) unter Vorsetzung bestimmter Farbgläser sicherer abzulesen als bei dem unzuverlässigen Tageslicht. *Grashey* (München).CH

Bucky, G.: Über die optisch korrekte Ablesung von Farbänderungen bei Röntgenstrahlendosimetern. Strahlentherapie Bd. 3, H. 1, S. 172—176. 1913.

Zum Ablesen der Chromoradiometer hat Bucky an Stelle des Farbvergleichs einen Helligkeitsvergleich, unter Benützung von Lichtfiltern eingeführt. Die Ablesung kann während der Sitzung bequem an der (ausgeschalteten) Röhre erfolgen. *Grashey* (München).CH

Schnée, Adolf: 9. Kongreß der Deutschen Röntgengesellschaft am 29. und 30. März 1913 im Langenbeckhaus zu Berlin. Zeitschr. f. Röntgenk. u. Radiumforsch. Bd. 15, H. 8, S. 248—255. 1913.

Laquerrière: Présentation d'une électrode pour électrolyse intra utérine de solutions médicamenteuses (en particulier de solutions radifères). (Demonstration einer Elektrode für die intrauterine Elektrolyse von medikamentösen, speziell radioferen Lösungen.) Bull. offic. de la soc. franç. d'électrothérap. et de radiol. Jg. 21, Nr. 4, S. 151—152. 1913.

Verf. demonstriert ein Instrument, mit dem es möglich ist, die Haretsche Methode bequem und intrauterin anzuwenden. Zu diesem Zweck wird die mit der Radiumlösung getränkte Gazeumhüllung der intrauterinen Elektrode vor der Einführung mit einer Metallhülse umgeben, die nach der Einführung des Instrumentes zurückgezogen wird. So wird ein Verschieben der Gazehülle und ein Verlust an Radiumlösung vermieden. *Lembcke* (Freiburg).

Zeynek, von: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Thermopenetration oder Diathermie. Strahlentherapie Bd. 3, H. 1, S. 200—209. 1913.

Nach einer historischen Übersicht über die ersten Anfänge der Verwendung hochfrequenter Ströme geht Verf. ausführlich auf die Elektrodenfrage ein. Der große Widerstand der menschlichen Haut im Gegensatz zu dem der gebräuchlichsten Versuchstiere, wird am besten durch Verwendung von Metallelektroden, die mit einem hydro-

philen, mit NaCl-Lösung getränkten Stoff überzogen sind, bekämpft. Die beiden Anwendungsarten der Diathermie sind die lokale Wärmeapplikation und die Durchwärmung des ganzen Organismus zur Beeinflussung des Stoffwechsels. Bei beiden muß berücksichtigt werden, daß die verschiedenen Gewebe des Körpers infolge ihrer differenten Leitfähigkeit eine verschiedene Durchwärmung erfahren; besonders ist hier die Darmwand gefährdet, wenn größere Ansammlungen von Gas sich darin finden. Von den Arbeiten über die Beeinflussung des Stoffwechsels durch Thermopenetration werden die von Schittenhelm, von Durig und Gran und von Réchou und Bergonié hervorgehoben, ferner wird auf die widersprechenden Erfahrungen der Experimentatoren aufmerksam gemacht. Nach des Verf. eigenen Versuchen besteht bei der Durchwärmung des ganzen Organismus eine Abnahme der CO_2-Ausscheidung. Auf die große Ähnlichkeit der Wärmewirkung bei der Autokonduktion mit derjenigen der Hochfrequenzströme wird ausdrücklich hingewiesen. Besondere chemische Wirkungen auf organische Wesen kommen den Hochfrequenzströmen nicht zu. Eine schmerzstillende Wirkung der Hochfrequenzströme ist durch Versuche von Bernd sichergestellt; dabei ist die faradische Erregbarkeit der Nerven im durchwärmten Gebiet erhalten. *Carl* (Königsberg).CH

Stein, Albert E.: Die Verwendung der Diathermie bei chirurgischen Erkrankungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 16, S. 486—491. 1913.

Nach einem historischen Überblick über die Lehre von den Hochfrequenzströmen bringt Verf. eine Zusammenstellung der Krankheiten aus dem Gebiete der inneren Medizin und Chirurgie, bei denen die Diathermiebehandlung namhafte Erfolge zu verzeichnen hatte. Hervorzuheben ist, daß zu den zahlreichen Gelenkerkrankungen, bei denen die Diathermie Ausgezeichnetes leistet, die tuberkulösen nicht gehören. *Carl* (Königsberg).CH

Carulla: Elektrotherapie gegen Fettleibigkeit. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 34, S. 1564—1566. 1913.

Im Anschluß an die Erfolge durch das Bergoniésche Verfahren der Entfettung berichtet der Autor über einen durch ähnliche Maßnahmen erzielten außerordentlichen Erfolg bei einem Pat. im 40. Jahre, dessen Gewicht im Laufe von $1^1/_4$ Jahren von 174 auf 108 kg gesunken war. Die Diät war auch entsprechend eingerichtet. Die elektrische Behandlung erlitt oft Unterbrechungen, auch wurde die Unterernährung nicht streng durchgeführt. Mit Hilfe der einfachen Technik, die im Original nachzulesen ist, wurde durch fast 9 monatige Behandlung, wobei die sekundären Wirkungen wie Schwindel, Oppression und nervöse Störungen dank der alternierenden Anwendung der Hochfrequenzströme und der Franklinisation überwunden wurden, ein außerordentlicher Erfolg erzielt. Die Wirkungen machten sich bemerkbar in ziemlich ausgesprochenen Muskelkontraktionen ohne Schmerzen, Steigerung der peripheren Zirkulation, Schweißbildung, Beschleunigung der Atmung, Vermehrung der Herzschläge, Verminderung der Gefäßspannung. Zur außerordentlichen Gewichtsabnahme gesellen sich Gefühl des Wohlbefindens und der Energie, Schwinden der Schlaflosigkeit, der Muskelschmerzen, Neuralgie, Migräneanfälle und dyspeptische Beschwerden. Die Spuren der Depression sind vollkommen geschwunden. *Bornstein* (Leipzig).M

Hoskins, R. G., and Clayton McPeek: Is the pressor effect pituitrin due to adrenal stimulation. (Ist die pressorische Wirkung des Pituitrins durch Nebennierenreizung bedingt?) (*Starling-Ohio med. coll.*) Americ. journal of physiol. Bd. **32**, Nr. 5, S. 241—244. 1913.

Die im Titel gestellte Frage wird verneint, da der pressorische Effekt von intravenös injiziertem Pituitrin bei Ausschaltung der Nebennieren durch Ligatur an ihrem Hilus nicht abnimmt. Gearbeitet wurde mit kleinen Pituitrindosen, da sich zeigte, daß solche Dosen, in Zwischenräumen von 10—15 Minuten gegeben, gleichmäßig blutdrucksteigernd wirken. *E. Neubauer* (Karlsbad).M

Meoni, Luciano: Die Wirkung des Extraktes des hinteren Hypophysenlappens „Pituglandol" auf die Darmbewegung. (*Istit. di patol. e clin. med., univ., Perugia.*)

Gazz. internaz. di med., chirurg., ig. etc. Jg. **1913,** Nr. 32, S. 745—747. 1913. (Italienisch.)

Gestützt auf die Beobachtung, daß bei einem Patienten, dem aus anderen Gründen eine Injektion von Pituglandol gemacht wurde, eine starke Darmperistaltik eintrat, hat der Autor bei einigen Patienten mit hartnäckiger Obstipation intravenöse Injektionen mit Pituglandol angewandt. Der Erfolg war in vielen Fällen ein guter. Es wurde stets eine Phiole, enthaltend 0,1 g Drüsensubstanz, injiziert. Die Injektionen wurden öfters wiederholt und jedesmal trat eine kopiöse Darmentleerung ein, wenn tags vorher eine Injektion gemacht wurde. Der Autor glaubt, daß der peristaltische Effekt hervorgerufen wird durch die Einwirkung des Pituglandol auf die glatten Darmmuskelfasern und er hält es deswegen besonders bei den atonischen Formen der Verstopfung für indiziert. *Benario* (Frankfurt a. M.).

Musser, jr., John H.: The effects of continuous administration of extract of the pituit ary gland. (Die Wirkung fortgesetzter Anwendung von Hypophysenextrakt.) Americ. journal of the med. scienc. Bd. **146,** Nr. 2, S. 208 bis 213. 1913.

Verf. verabreichte an 18 Versuchspersonen den getrockneten Extrakt der ganzen Hypophyse per os längere Zeit hindurch; als annähernd konstante Erscheinung konnte er (in 17 von 18 Fällen) eine Steigerung des Blutdrucks nachweisen, welche für einige Zeit, auch nach Aussetzen des Mittels anhielt. In 6 Fällen war eine Einwirkung auf die Diurese zu verzeichnen, bei 7 Fällen stellte sich Durchfall ein und bei 4 Patienten *mit* Verstopfung trat täglicher Stuhlgang ein. *Engelhorn* (Erlangen).

Delmas P.: Une série d'insuccès de la médication hypophysaire. (Eine Reihe von Fällen mit Versagen der Hypophysenwirkung.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** Nr. 9, S. 269—272. 1913.

10 Fälle, wo das von verschiedenen Firmen bezogene Extrakt des hinteren Hypophysenlappens, in Form von Injektionen, Tabletten und Lösungen genommen, wenig oder gar keine Wirkung auf die Uterusmuskulatur hatte, während Blase, Pupille und Herz reagierten. Steigerung der Dosis bis zum Sechsfachen wurde gut vertragen. Ursache der schlechten Wirkung der Präparate war nach Autor ihr einen Monat übersteigendes Alter. *Mohr* (Berlin).

Speck, Walther: Über Noviform zur Wundbehandlung. (*Diakonissenh., Leipzig-Lindenau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 34, S. 1881—1882. 1913.

Verf. hat in dem Noviform, das er seit zwei Jahren in ausgedehnter Weise bei aseptischen und eitrigen Wunden verwendet, ein Mittel kennen gelernt, das bezüglich seiner Wirksamkeit den meisten älteren Wundantiseptica gleichwertig ist, wegen seiner absoluten Reizlosigkeit, Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit den Vorzug vor diesen verdient. *Genewein* (München).CH

Schoenborn, S.: Ein neues Sennapräparat. Therap. d. Gegenw. Jg. **54,** H. 9, S. 392—394. 1913.

Verf. hat das von Tambach aus der Senna isolierte Glykosid, das wasserlöslich ist, in Form der unter dem Namen „Sennax" in den Handel gebrachten Tabletten bei bettlägerigen Patienten erprobt. Die Erfolge waren sowohl bei spastischer als bei atonischer chronischer Obstipation gut; eine Tablette genügte nicht, zwei reichten aus. Schwerere Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet; nach mehreren Wochen mußte die Dosis erhöht werden. *Biberfeld* (Breslau).M

Allgemeine Chirurgie:

Marquis, E.: Le sublimé en chirurgie. (Das Sublimat in der Chirurgie.) Rev. de chirurg. Jg. **33,** Nr. 7, S. 69—95. 1913.

Auf Grund eingehender experimenteller Untersuchungen kommt Marquis zu dem Ergebnis, daß die bactericide Kraft des Sublimats weit geringer ist als die der anderen üblichen Desinfektionsmittel. Seine antiseptische (entwicklungshemmende) Wirksamkeit gegenüber oberflächlich liegenden Keimen ist groß, hat aber wenig praktische Bedeutung, da das Sublimat sehr instabil ist und vor allem durch den Kontakt mit Blut seine Wirksamkeit verliert. Die

Penetrationskraft des Sublimats ist sehr gering, seine Wirksamkeit gegenüber tiefsitzenden Keimen praktisch gleich Null. Es verdient daher nicht seinen guten Ruf in der Chirurgie.
Jung (Straßburg).CH

Hoffmann, W.: Rück- und Ausblicke auf dem Gebiete der praktischen Desinfektion (unter besonderer Berücksichtigung aus den hygienisch-chemischen Untersuchungsstellen des Heeres hervorgegangener Arbeiten). Festschrift zum 60. Geburtstage v. Otto v. Schjerning S. 136—150. 1913.

Kühl, Hugo: Eine Methode zur Bestimmung der Desinfektionskraft. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Orig. Bd. **71,** H. 4, S. 331 bis 336. 1913.

Traube, J.: Theorie der Narkose. (*Techn. Hochsch., Charlottenburg.*) Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **153,** H. 5/7, S. 276—308. 1913.

Traube lehnt sich an die Narkosetherapie Verworns an, welcher in der Narkose im wesentlichen einen Erstickungsvorgang sieht, hervorgerufen durch Hemmung der Oxydationsvorgänge in den Ganglienzellen. Physikalische Änderungen der Zellkolloide — aber keineswegs nur der Lipoide — sind eins der wesentlichsten Momente für die Verlangsamung der chemischen Zellvorgänge und damit auch der narkotischen und sonstigen Vergiftungserscheinungen. Verursacht werden solche physikalischen Änderungen durch die herabsetzende Wirkung, welche die Narkotica auf die Oberflächenspannung und den Binnendruck des Zellinhaltes ausüben. Indem ferner die narkotisierenden Stoffe sich an den Grenzflächen von Zellwandung und Zellflüssigkeit anreichern, vermindern sie die elektrischen Kontaktpotentiale und wirken somit direkt hemmend auf die Fortpflanzung von Bewegungs- und Empfindungsreizen.
Wrede (Jena).CH

Laurence, J.: Comment choisir un anesthésique général? (Über die Wahl eines Allgemein-Anaestheticum.) Journal de méd. et de chirurg. Jg. **8,** Nr. 9, S. 344—346. 1913.

An der Hand einzelner Krankheitszustände werden die Indikationen, die für die Anwendung der gebräuchlichsten Allgemein-Anaesthetica in Betracht kommen, besprochen. Nichts Neues.
Holste (Stettin).

Chaldecott, J. Henry, and C. W. G. Bryan: The value of anoci-association (Crile). (Der Wert der Anociassoziation. [Crile].) Lancet Bd. **2,** Nr. 10, S. 721—722. 1913.

Bericht über 12 der schwersten im St. Marys Hospital mittels kombinierter Lachgas-Sauerstoff- und gleichzeitiger Lokalanästhesie abdominal operierten Fälle. Dieselben waren zum Teil in äußerst schlechtem Allgemeinzustand, zum Teil über 80 Jahre und blieben doch bis auf 2, die leichte Nachschmerzen hatten, gänzlich unbeeinflußt durch den Eingriff.
*Draudt.*CH

Hoffmann, Adolph: Zur Frage der Lokalanästhesie mit Novocain-Suprarenin-Kaliumsulfat. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 35, S. 1361—1362. 1913.

Verf. betont, daß die ungenügende Anästhesie, die Brunner in seinem Kropffall (siehe dessen Aufsatz: „Zur Frage der Phrenicuslähmung nach Plexusanästhesie", Zentralbl. f. Chir. 1913, Nr. 28) mit seiner Lösung von Novocain-Kalium sulfuricum bekommen hat, vielleicht mit einer zu kurzen Wartezeit zusammenhängt. Die Sulfate sind schwer diffusible Salze, die zur Durchdringung dickerer Nervenstämme eine gewisse Zeit gebrauchen.
Kulenkampff (Zwickau).CH

Rouffart et Potvin: L'incision transversale sus-pubienne en gynécologie. (Querschnitt in der Gynaekologie.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 39, S. 757—760. 1913.

Verff. wenden bei ihren gynaekologischen Operationen seit 5 Jahren mit glänzenden Erfolgen den Pfannenstielschen Querschnitt an. Der Längsschnitt wird noch gemacht: 1. bei Tumoren, die über den Nabel reichen; 2. bei sehr schlecht entwickelter Muskulatur und schlechtem Allgemeinzustand; 3. bei geplatzter Extrauteringravidität und eitriger Bauchfellentzündung.
Weisswange (Dresden).

Dobrowolskaja, N.: Über eine das Lumen der Gefäßanastomose erweiternde Methode der Venennaht. (*Städt. Obuchow-Krankenh. u. k. Inst. f. exp. Med., St. Petersburg.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **86**, H. 2/3, S. 426—445. 1913.

Durch 2 Längs-Incisionen am Ende des quer durchtrennten Gefäßes werden zwei rechtwinklige Lappen gebildet, die bei der End-zu-End-Anastomose eine längere Nahtlinie und Erweiterung des Lumens an der Nahtstelle ermöglichen. Bei der End-zu-Seit-Anastomose wird die Lappenspaltung an dem zu implantierenden Gefäße vorgenommen. *Freund* (Wien).

Lombardo, A.: Studio critico comparativo dei varii metodi di compressione diretta ed indiretta dell'aorta abdominale come mezzi di emostasi provvisoria preventiva e curativa nella metà inferiore del corpo. (Kritisches Vergleichsstudium der verschiedenen Methoden für die direkte und indirekte Kompression der Aorta abdominalis zur provisorischen, prophylaktischen und therapeutischen Blutstillung an der unteren Körperhälfte.) Rass. d'ostetr. e ginecol. Jg. **22**, Nr. 7, S. 399—413 u. Nr. 8, S. 460—474. 1913.

Ausführliche Besprechung der Technik, der Indikationen und der Gefahren bei der Anwendung des Momburgschen Schlauches, und Beschreibung eines, dem Sphygmomameter nach Riva-Rocci sehr ähnlichen, von Pompili angegebenen Apparates. Danach werden die Nachteile der zirkulären Kompressionsapparate hervorgehoben. Verf. hat ein neues, ganz harmloses Instrument konstruiert, welches die Aorta allein gegen die Wirbelsäule zu fixieren gestattet. (Das Verfahren wird nicht geschildert.) *Colombino.*

Landon, L. H.: A simplified method of direct blood transfusion with self-retaining tubes. (Eine vereinfachte Methode direkter Bluttransfusion mittels selbsthaltender Röhren.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 7, S. 490—491. 1913.

Das von Landon angegebene Hilfsmittel sieht aus wie eine kleine 5zackige Krone: ein Ring, dessen einer Rand 5 leicht nach außen sich biegende Zacken trägt. Das eine Gefäßende wird so durch diesen Ring gesteckt, daß nach dem Durchstecken dessen glatter Rand dem Lumen zu sieht. Der Gefäßrand wird dann über den Ring umgekrempelt und spießt sich auf den Zacken auf. Das zweite Gefäßende wird sodann darüber gezogen und hält sich in gleicher Weise an den Spitzen fest. *Draudt* (Darmstadt).CH

Henrot, H., Transfusion du sang. (Bluttransfusion.) Rev. de thérapeut. **80**, S. 109—118 u. 145—153. 1913.

Verf. hat in einem Fall von starkem Blutverlust im Wochenbett durch Bluttransfusion sofort auffallende Besserung mit anschließender Heilung gesehen. Auch bei einem 13jährigen Mädchen, das infolge äußerst starker Uterusblutungen sehr anämisch geworden war, trat in kurzer Zeit vollkommene Erholung ein. Ein Mann mit Malariakachexie zeigte in Anschluß an den Eingriff stark zunehmende Steigerung der Zahl der roten Blutkörperchen. In einem weiteren Fall gelang die Transfusion nicht; das Blut wurde intramuskulär injiziert. Die Patientin starb bald darauf. Bei progressiver perniziöser Anämie trat einmal vorübergehende Besserung ein, einmal hatte die Transfusion keinen Erfolg. Sie fand stets direkt von Vene in Vene (nicht defibriniertes Blut) mit dem Apparat von Mathieu statt. Es sind nur kleine Mengen nötig: 100—200 g. — Die Krankengeschichten werden sehr ausführlich mitgeteilt. *Lamers.*

Webster, W., The nature of surgical shock with some remarks on its treatment. (Das Wesen des chirurgischen Shocks nebst einigen Bemerkungen über seine Behandlung.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3**, Nr. 2, S. 98—110. 1913.

Tierversuche, deren Ergebnisse an sich nichts Neues bringen. An Stelle des Adrenalins verwendete Verf. Hypophysenextrakt und erzielte eine bis 12 Stunden anhaltende Blutdrucksteigerung. *Krüger* (Weimar).CH

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Colorni, C.: Sifilide e concepimento secondo le recenti vedute. (Syphilis und Empfängnis nach den neuesten Anschauungen.) Lucina Jg. **18**, Nr. 9, S. 133—141. 1913.

Vorlesung für Hebammen: Rückblick über die Ätiologie, Symptomatologie, Folgen der syphilitischen Infektion und die neuesten Errungenschaften der Forschung über Syphilis. Die Spirochaeta pallida als Erreger, die Wassermannsche Reaktion als diagnostisches und und die Salvarsanbehandlung als kuratives Mittel werden an der Hand einiger Fälle illustriert. *Gattorno* (Triest).

Smith, Julian: Clinical lecture on genito-urinary tuberculosis. (Klinischer Vortrag über Genitaltuberkulose.) (*St. Vincent's hosp.*) Austral. med. journal Bd. 2, Nr. 95, S. 1027—1032. 1913.

Fortbildungsvortrag mit eigenen Beobachtungen. *Engelhorn* (Erlangen).

Nesfield, V. B.: The serum diagnosis of tubercle by alexin fixation. (Die Serumdiagnose der Tuberkulose durch Alexinfixation.) Indian med. gaz. Bd. 48, Nr. 7, S. 256—259. 1913.

Klinisch ist es nicht zweifelhaft, daß im Blute Tuberkulöser Antikörper vorhanden sind, und daß es nur an unserer fehlerhaften Technik liegt, wenn wir sie nicht finden. Als Antigen benutzt Autor eine frisch isolierte Kultur von menschlichen Tuberkelbacillen auf Glycerinbouillon, abgetötet durch einstündiges Erhitzen auf 100°. Die Bacillen werden filtriert, gewaschen und bei 37° getrocknet. 0,02 g der getrockneten Bacillen werden zu einem feinen Pulver zerrieben und tropfenweise 1 ccm einer Lösung zugesetzt, die 1% Salz und ½% Carbolsäure enthält. Seine Wirksamkeit behält dieses Antigen etwa eine Woche. Das Serum gewinnt man aus dem Blute in einer Menge von etwa ¼ ccm, aus dem Finger des Patienten entnommen. Es werden dann zwei Reihen von Röhrchen angesetzt nach folgendem Schema: A: 40 cmm Serum und 40 cmm 1 proz. Salzlösung erhitzt 15 Min. auf 52°, 10 cmm Antigen, 10 cmm Salzlösung, 10 cmm nicht erhitztes Serum, 10 cmm Salzlösung. B: 10 cmm nicht erhitztes Serum. 110 cmm Salzlösung. Dann bleiben die Röhrchen längere Zeit bei Zimmertemperatur stehen, worauf ihnen je 10 ccm einer sensibilisierten Aufschwemmung von gewaschenen Schaf- oder Ziegenblutkörperchen zugefügt werden. Darauf 1stündige Inkubation bei 37°, mehrstündiger Aufenthalt im Eisschrank, worauf die Ablesung erfolgen kann. Bei vorhandener Tuberkulose besteht keine Spur von Hämolyse in den A-Röhrchen, aber Hämolyse bei B. Beim Fehlen von Tuberkulose findet man Hämolyse in A- und B-Röhrchen.

Positiver Ausfall der Probe bei einem Kranken weist schon auf Tuberkulose hin, bei einem völlig gesunden Menschen nicht mit Notwendigkeit. Bei schweren akuten Tuberkulosen mit hohem Fieber fällt die Serumprobe häufig negativ aus. Als Antigen ist Tuberkulin wertlos. Es führt auch nicht zur Bildung von Antikörpern bei gesunden Leuten oder solchen, die nicht an Tuberkulose, leiden, wohl aber vermehrt es die Antikörper bei Kranken mit chronischer Tuberkulose, die vor der Anwendung des Tuberkulins Antikörper noch nicht besaßen. Das thermolabile Opsonin ist mit dem Alexin identisch. Das thermostabile Opsonin läßt sich von den gewöhnlichen Immunkörpern nicht unterscheiden. Ein hoher opsonischer Index findet sich häufig zusammen mit einem niedrigen Grade von Immunität. Ein normaler Index bei Tuberkulösen bedeutet einen mäßigen Grad von Immunität, bei Nichttuberkulösen gar keine Immunität. *Ziesché.*[M]

Cashman, B. Z.: Tuberculin therapy in surgical tuberculosis, with the correct dosage accurately determined by the cutaneous reaction. (Tuberkulintherapie bei chirurgischer Tuberkulose mit optimaler, durch die Cutanreaktion genau ermittelter Dosierung.) Americ. journal. of the med. scienc. Bd. 146, Nr. 2, S. 213—220. 1913.

Die durch Tuberkulin erzeugte Reaktion der Körperzellen, nicht die erreichte Toleranz gegen T bedingt den Heilwert der Tuberkulinbehandlung. Die optimale therapeutische Dosis ist diejenige, welche die größte Lokal- und Herdreaktion ohne konstitutionelle Symptome, wie Fieber, Übelbefinden usw. hervorruft. Diese optimale Dosis für die Infektion läßt sich durch die Cutanprobe ermitteln, sie wird unverändert immer wieder injiziert, ohne die Absicht, die Toleranz zu steigern. Verf. verwendet Kochsches TO und führt daneben die sonst indizierte Lokal- und Allgemeinbehandlung durch. Die für die therapeutische Injektion optimale Menge TO ist diejenige, die bei der Pirquetschen Cutanprobe eine 4 mm große Rötung und Schwellung hervorruft. Intracutan injiziert erzeugt diese Dosis eine Reaktionszone von 2—5 cm Durchmesser.

Technik: Impfung nach von Pirquet. Aufträufeln von $^1/_{100}$ ccm 1 proz. TO-Lösung aus graduierter Capillarpipette, eintrocknen lassen. Aufkleben eines Pillenschachteldeckels mit Heftpflaster zum Schutz der Impfstelle. Revision nach 24, 48 und 72 Stunden. Messen der Reaktionszone. Fällt diese größer oder kleiner als 4 mm aus, Wiederholung der Probe mit schwächerer oder stärkerer TO-Lösung, bis die Reaktionszone 4 mm mißt. Ist dies z. B. bei Verimpfung von $^1/_{100}$ ccm 1 proz. TO-Lösung der Fall, so beträgt die optimale Dosis $^1/_{10000}$ g = 0,1 mg TO. Diese Menge wird jetzt intracutan injiziert. Bei richtigem Vorgehen muß der entstehende

Reaktionsherd 2—5 cm im Durchmesser haben. Nun folgt alle 2 Wochen eine subcutane Injektion der gleichen Dosis bis zu völliger Symptomlosigkeit des Krankheitsherdes oder besser noch länger. Alle 2—3 Monate ist eine intracutane Injektion einzuschalten; erweist sich dabei die Tuberkulinempfindlichkeit durch die größere oder kleinere Ausdehnung des Reaktionsherdes als verändert, so ist die optimale Dosis durch die Cutanreaktion erneut festzustellen.

Die vom Verf. verwandten Dosen schwankten zwischen $^1/_{200}$ und $^1/_2$ mg TO. Bei fehlerlosem Vorgehen wurde nie Fieber beobachtet. Hinsichtlich der Resultate werden von 28 Fällen 11 als gut, 11 als gebessert, 5 als ungebessert und 1 als gestorben (Spondilitis) aufgeführt. Die ungebesserten entzogen sich nach den ersten Injektionen der Behandlung. Von den 11 geheilten wurden 7 nach $1^1/_2$—20 Monaten nachuntersucht und gesund befunden. *Harraß* (Bad Dürrheim).CH

Allgemeines über Geschwülste:

Hansemann, D. v.: Über präcanceröse Krankheiten. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 149—160. 1913.

Die Ursache des Krebses ist in lange dauernden Reizen gelegen. Der Reiz allein führt zur Erkrankung nur bei vorhandener „individueller" Disposition. Erworbene Disposition: Ulcus cruris. Zur Entstehung des Carcinoms bedarf es der durch den chronischen Reiz bedingten anaplastischen Umwandlung des Zellcharakters. Je größer die Disposition, desto geringer und kurzdauernder braucht der Reiz zu sein: Carcinome Jugendlicher. Krebs nach 60 Jahren seltener, weil die Individuen mit Disposition längst gestorben sind. Die Dauerheilungen nach Radikaloperation sprechen dafür, daß die Disposition lokal und an eine bestimmte Zellart gebunden sein kann. Möglicherweise gibt es auch eine allgemeine Disposition. Die Ursachen für das Entstehen des Carcinoms dürfen nicht verallgemeinert werden, es gibt wahrscheinlich Fälle, wo Anaplasie fehlt und auch die Theorien von Cohnheim, Thiersch und Ribbert nicht anwendbar sind. — Die präcancerösen Erkrankungen gehören größtenteils der Gruppe der chronischen Entzündungen an, die zu hyperplastischen Veränderungen führen. Weitere oft nicht entzündliche disponierende Hyperplasien sind: Polypen, Prostatahypertrophie, Struma, Hypernephrome. Sekundäre atrophische Zustände des Magens mit daneben auftretenden hyperplastischen Veränderungen des Magens namentlich im Pylorusteil, wie sie nach Malaria, Lues, Intoxikationen usw. auftreten. Narbenbildung an den unteren Extremitäten (Bergmann), papilläre Wucherungen im Rattenmagen durch Parasiten (Fibiger), ähnliches in der Blase (S. Loewenstein), Milben und Carcinom (Borrel). Übergang von Magengeschwür in Carcinom, wenn auch nicht immer, was Aschoff mit Recht betont. Trauma und folgende Carcinomentwicklung selten. Verbrennungsnarben. Es ist Aufgabe der Hausärzte, gegebenenfalls durch Aufzeichnung aller für die Carcinomentstehung in Betracht kommenden Faktoren (chronische Reize, Traumen, sonstige Schädlichkeiten) zur Klärung dieser Fragen beizutragen. Nur so wird man über die ersten Akte des „präcancerösen Stadiums" mehr erfahren, von dem wir in den Anstalten nur den letzten Akt, das Carcinom sehen. *von Graff* (Wien).

Fox, Frederick J.: The Wassermann reaction in cancer. (Wassermannsche Reaktion bei Krebs.) (*New York skin. a. cancer hosp.*) Med. record Bd. **84**, Nr. 7, S. 283—285. 1913.

Bei Carcinomen findet sich nur in seltenen Fällen eine positive Wassermannsche Reaktion. Es handelt sich dabei wahrscheinlich um eine gleichzeitig bestehende luetische Infektion. *C. Lewin* (Berlin).M

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Dickinson, G. K.: The uterine syndrome. (Das uterine Syndrom.) Med. rec. Bd. **84**, Nr. 8, S. 333—335. 1913.

Verf. schildert in zusammenfassender Weise die Anatomie und Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane und weist auf den Wert einer genauen Kenntnis der Symptomatologie hin, ohne etwas Neues zu bringen. *Engelhorn* (Erlangen).

● **König, J.: Nährwerttafel. Gehalt der Nahrungsmittel an ausnutzbaren Nährstoffen, ihr Calorienwert und Nährgeldwert, sowie der Nährstoffbedarf des Menschen. Graphisch dargestellt. 11. verb. Aufl.** Berlin: Springer 1913. 15 S. M. 1.60.

M. Wilms, red. v. Georg Hirschel. Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1912. Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **86,** Suppl.-H., VII, 121 S. 1913.

Von dem 121 Seiten umfassenden Bericht sei nur einiges, auch für den Gynaekologen Wichtiges hervorgehoben. Coecum mobile wurde bei 8 weiblichen Patienten 7 mal operativ behandelt, nachdem durch Röntgenaufnahme nach Wismutmahlzeit die Diagnose bestätigt war. Die Erfolge waren gut. Bei den Ileusfällen aus mechanischer Ursache begnügte man sich im allgemeinen mit einem möglichst kleinen Eingriff, so weit nicht die gefährdete Ernährung des Darmes eine sofortige Behebung des Hindernisses verlangte. Dementsprechend wurden von 11 Fällen 8 mal Dünndarmfistel angelegt. Wenn die Reizung des Mastdarmes rectale Ernährung unmöglich machte, leistete intravenöse Ernährung mit 5proz. Traubenzuckerlösung sehr gute Dienste. Rectale Verabreichung des aus der Dünndarmfistel fließenden wertvollen Darmsaftes, der mit Pepton usw. versetzt wurde, war nützlich. Intravenöse Injektion von Adrenalin und Strophanthin zusammen mit physiologischer Kochsalzlösung oder besser Traubenzuckerlösung wirkten bei sinkendem Blutdruck hervorragend. Bei den Wurmfortsatzentzündungen wird der Rückgang der Intervalloperation und die Zunahme der Frühoperation lobend hervorgehoben, letztere wird energisch gefordert. 2560 Operationen (Appendektomien). Bei 48 Intervalloperationen † 0; bei 115 appendicitischen Abscessen † 3; bei 48 Appendicitis mit freier partieller Peritonitis † 2; bei 15 Appendicitis perforativa mit diffuser eitriger Peritonitis † 10. Bei Ulcus curis sehr gute Erfolge durch Bestrahlung mit der Quarzlampe, ebenso bei schlecht granulierenden oder sehr großen Wunden. *Weisswange.*

Herff, Otto von: Zur Aufklärung in Angelegenheit Niebergall. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **19,** H. 1, S. 165—166. 1913.

Maljean: Infirmières et femmes médecins au moyen-âge. (Krankenwärterinnen und weibliche Ärzte im Mittelalter.) Caducée Jg. **13,** Nr. 18, S. 243—244. 1913.

Das Mittelalter kannte Frauen in der Rolle freiwilliger Pflegerinnen wie auch berufsmäßiger Ärztinnen. Wie die Sage die Heilung des verwundeten Abenteurers stets der Hand der hilfreichen Schloßherrin zuschreibt, so erwähnt auch die Geschichte bestimmte Namen: Sone de Nansai, Erwähnung der Sitte des Massierens der Ritter vor dem Schlafe durch Frauen (1550), die Pflegerinnenschule der Äbtissin Hildegarde de St. Rupert, die Chirurgin d'Hersend, die Ludwig den Heiligen auf seinem Kreuzzuge 1248 begleitete, Trotula von Salerno, gegen Ende des XV. Jahrhunderts Constanza Kalenda, Abella, Mercuriada, Rebecca (Daremberg). *Mohr* (Berlin).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Backman, Wold.: Ein Fall von großem, rasch wachsenden Fibromyom der großen Schamlippe. (*Malm - Krankenh. Jakobstad.*) Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. **55,** H. 9, S. 332—334. 1913. (Schwedisch.)

47jährige VIII-para. 7 Jahre nach der letzten Entbindung entsteht im linken Labium majus eine kleine, derbe, nicht schmerzende Geschwulst. Im Laufe eines Jahres wächst sie zu ihrer jetzigen Größe und Konfiguration heraus. In der Leistengegend mehrere derbe, nicht schmerzende, bohnen- bis walnußgroße Drüsen. Die Geschwulst, die 2 Kilo wiegt, wird durch einen basalen Zirkulärschnitt entfernt. Die mikroskopische Untersuchung derselben ergibt zellarmes Bindegewebe mit hier und dort eingesprengtem, glatten Muskelgewebe. Die Drüsengeschwülste erwiesen sich als reine Hyperplasien. Die Hauptgeschwulst war somit ein wahrscheinlich vom Lig. rotundum ausgegangenes Fibromyom. *Björkenheim* (Helsingfors).

Rouvier, J.: Deux cas de thrombus ou hématome vulvo-vaginal. (Zwei Fälle von Thrombus oder Hämatoma vulvae et vaginae.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 5, S. 446—449. 1913.

Von den 2 zitierten Fällen kam es bei dem einen zu einer Eiterung in der ischiorectalen Gegend. Der Absceß wurde gespalten, ausgeräumt und drainiert. Heilung. *R. Chapuis* (Genf).

Le Lorier, V.: Gynécologie et charlatanisme. (Gynaekologie und Charlatanismus.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 318. 1913.

Bericht über 2 Patientinnen, die zur Operation eines Cystoms resp. Fibroms angehalten, Spülungen mit Kalkalaun durch einen Apotheker vornehmen ließen. Die sich in ganzen Fetzen ablösende Scheidenschleimhaut hielten beide Patienten für die abgehende Geschwulst. *Mohr* (Berlin).

Uterus:

Sugi, K.: Über die Lipoide im menschlichen Uterus. (*Pathol.-anat. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 73, H. 3, S. 787—815. 1913.

Verf. hat 104 Uteri auf lipoide Substanzen, das sogenannte Abnutzungspigment Lubarschs untersucht, und zwar auf den Fettgehalt in Epithel, Mucosa, Muscularis und Gefäßen. Er fand in allen Lebensperioden, besonders innerhalb Mucosa und Muscularis, aber auch in den Gefäßen, mit dem Alter an Menge zunehmende, tröpfchenartige, zu den Lipoiden gehörende Gebilde; bei drei schwangeren Uteri war der Fettgehalt sicher nicht erhöht, eher herabgesetzt, während in allen Fällen von puerperalem Uterus eine deutliche Zunahme der Lipoide nachweisbar war, die außerdem Doppelbrechung zeigten. Bei Myom war der Fettgehalt des Tumors geringer als der des Uterusparenchyms. Bezüglich der Form der Substanzen sah Verf. solide, ring- und sichelförmige Gebilde, die vorwiegend intracellulär, in den Muskelzellen polständig gelegen waren. In 11 Fällen verschiedenen Alters wurde mit Hilfe einer großen Zahl von Färbemethoden und mikrochemischen Reaktionen eine genauere Bestimmnng der Lipoide der Mucosa nnd Muscularis versucht. Pigment konnte niemals nachgewiesen werden; in den puerperalen Uteri waren wenigstens teilweise in der Schleimhaut schwerer lösliche Lipoide vorhanden, im übrigen gelang eine genauere Identifizierung nicht, so daß Verf. der Ansicht ist, daß keine reinen Lipoidsubstanzen vorliegen. Das Auftreten der Lipoide ist die Folge einer herabgesetzten vitalen Zellfunktion. *Rittershaus.*

Rosenthal: Trois cas d'utérus bicorne avec une corne rudimentaire. (3 Fälle von Uterus bicornis mit rudimentären Horn.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. 24, Nr. 4, S. 296—301. 1913.

Alle 3 Pat. hatten stets regelmäßig menstruiert, die 2. einmal geboren. Bei allen fand sich außer der normal entwickelten Uterushälfte ein fingerdicker, fibröser Strang, der bis zur Gegend der Implantation des runden Ligamentes aufstieg, und in einem rundlichen Körper endigte, der Ligamentum rotundum, uteroovaricum und ein Ovarium besaß. Volumen des runden Körpers in den Fällen 1, 2 und 3: kirschkern-, nuß- und haselnußgroß. Er bestand im 1. aus Muskelfibrillen, im 2. aus Muskelfasern und Drüsen von uterinem Typ, im 3. zeigte er eine aus echter Mukosa ausgekleidete Höhle. Eine Menstruation aller 3 Nebenhörner hat nicht stattgefunden, da ja keine Verbindung mit der Scheide vorhanden und keine Haematometra nachzuweisen. *Mohr* (Berlin).

Fuster: Fibrome utéro-ovarien de 5 kilogs. Hystérectomie subtotale. Adhérences très vasculaires. Difficultés opératoires considérables. Guérison rapide et reconnue parfaite, de visu 3 ans après. (Fibrom des Uterus und des Ovars von 5 kg Gewicht. Supravaginale Hysterektomie. Sehr gefäßreiche Verwachsungen. Bedeutende operative Schwierigkeiten. Rasche Heilung, durch Augenschein nach 3 Jahren bestätigt.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 180—184. 1913.

Der Titel besagt alles Nötige. Die Patientin war eine 38jährige 0-para. Die Tumormasse war zweiteilig, bestand aus einem interstitiellen Gebärmutterfibrom und einem im Zentrum cystisch erweichten Eierstockfibrom. Da die Absetzung des Uterus sehr hoch erfolgte, blieben Menses erhalten. Bei Gelegenheit einer Bauchhernienlaparotomie überzeugte sich Verf. von der radikalen Heilung. *Flatau* (Nürnberg).

Lop: Cancer de l'utérus. Hystérectomie totale, guérison constatée sans récidive après sept ans. (Uteruscarcinom. Totale Hysterektomie, mit nach sieben Jahren festgestellter rezidivfreier Heilung.) (*Clin. chirurg., La Joliette.*) Gaz. des hôp. Jg. 86, Nr. 105, S. 1648. 1913.

Verf. hatte durch Zufall Gelegenheit, eine vor 7 Jahren hysterektomierte Pat. nachzuuntersuchen. Es hatte sich bei der damals 47jährigen Pat. um ein auch mikroskopisch sicher festgestelltes Carcinom gehandelt, das seit 5—6 Monaten Erscheinungen gemacht hatte. Operation und Heilung verliefen glatt. Bei der jetzigen Untersuchung war die Pat. bei bester Gesundheit, es fand sich keine Spur eines Rezidivs. Im Anschluß an diesen Fall gibt er einige statistische Daten über Dauerheilungen durch Operation. *Schmidt* (Greifswald).

Littlewood, Harry, and Matthew J. Stewart: Adenocarcinoma of the body of the uterus in association with adenomyoma diffusum benignum. (Adenocarcinom des Uteruskörpers mit diffusem gutartigem Adenomyom.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **23,** Nr. 6, S. 396—401. 1913.

57jähr. Patientin. Seit 17 Jahren muskuläre Atrophie. Seit 8 Jahren Steigerung der Menses bis zu dauernden Metrorrhagien, Schmerzen in Leib und Schenkeln, seit 2 Jahren Vergrößerung des Uterus. Hysterektomie, Heilung. — Uterus 4—5mal vergrößert. Außenschicht der Muskulatur normal, die inneren $^2/_3$ zeigen gelbliche Inseln (diffuses Adenomyom von endometrischem Drüsentyp). Das Endometrium bis an den inneren Muttermund fungös verdickt (papilläres Adenocarcinom). Cervixschleimhaut normal. *Mohr* (Berlin).

Perazzi, Piero: Adeno-carcinoma della mucosa uterina in donna già operata per tumore ovarico bilaterale maligno. (Adenocarcinom der Uterusschleimhaut bei einer früher wegen beiderseitigem malignen Ovarialtumor operierten Frau.) (*Scuola ostetr., Vercelli.*) Ginecologia Jg. **10,** Nr. 7, S. 193—202. 1913.

Verf. teilt 2 Fälle mit von maligner beiderseitiger Eierstockgeschwulst, bei welchen nach Abtragung der Tumoren sich nachträglich am Corpus uteri Adenocarcinome entwickelten. Er resümiert die mutmaßlichen Beziehungen der Uterusschleimhaut zu den Ovarialgeschwülsten, ohne etwas Neues zu bringen. In allen Fällen von bösartiger Neubildung an den Ovarien sei es rätlich, auch den Uterus mit abzutragen. *Gattorno* (Triest).

Childe, Charles P.: Suggestions for the technique and performance by a new method of Wertheim's abdominal panhysterectomy. (Vorschläge in bezug auf Technik und Ausführung für eine neue Methode von Wertheims abdominaler Panhysterektomie.) British med. journal Nr. **2751,** S. 721—722. 1913.

Zur Verringerung der Gefahren von septischer Infektion und Shock bei der Wertheimschen Operation haben sich dem Verf. folgende Vorkehrungen bewährt: I. 1. Auseinanderhalten der Bauchwundränder mit behandschuhten Händen statt der das Gewebe drückenden Metallhaken. 2. An Stelle der früher geübten Vorbehandlung von Tumor und Vagina jetzt direkt vor der Operation nach Beginn der Narkose, in Steinschnittlage Abkratzen des Tumors, Verschorfung mit Paquélin, rücksichtsloses Ausreiben der Scheide und Anstrich mit Jodtinktur, dann ein Tampon hinein, der heraushängt und während der Operation von einem Nichtteilnehmer entfernt wird. 3. Abdeckung mit in Kochsalzlösung getränkten Kompressen vor Abtrennung des Uterus. 4. Versorgung der Beckenwunde mit völliger Blutstillung, kein Tampon; nur bei flächenhafter Blutung Tampon, aber nur für 24 Stunden. II. Für Verringerung des Shocks kommt im allgemeinen nur Abkürzung der Operationszeit in Betracht; dazu hilft: 1. Schnelles Auffinden des Ureters durch Palpieren zwischen Daumen und Zeigefinger. 2. Verwendung weniger Ligaturen (nur 4 für die 2 Arterien der Ovarien und die 2 des Uterus; das Lig. rotundum wird nur gequetscht und durchtrennt, das Lig. latum wird partienweise mit Klemmen gefaßt, durchtrennt, die Wundfläche vor Abnahme der Klemmen verschorft). 3. Die Vagina wird abgequetscht und mit Paquélin abgetrennt (er verwendet eine kräftigere Quetsche mit kürzeren Griffen als Wertheim). 4. Etwaige Blutung stammt jetzt aus bei Ablösung der Blase durchtrennten Venen oder den Seiten der Cervix; Stillung durch Ligaturen; für flächenhafte Blutung Tamponade. — Seine letzten 10 so operierten Fälle verliefen glatt. *Schmidt* (Greifswald).

Engström, O., und O. A. Boije: Einige Gesichtspunkte und leitende Prinzipien bei Behandlung des Genitalprolapses. (*Gynaekol. Klin. d. Prof. Engström*). Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. 55, H. 9, S. 335—345. 1913. (Schwedisch.)

Leichtere Scheidenvorfälle und kleinere Rupturen des Perineums sind meist unoperiert gelassen worden. Bei Prolaps der vorderen Scheidenwand hat Engström seit Anfang der achziger Jahre eine Raffung der Blase mit exakter Sutur vorgenommen, immer in der Längsrichtung der Scheide, nicht eine Tabaksbeutelsutur, um nicht das Septum vesico-vaginale zu verkürzen und die Lage des Collum uteri nach hinten zu verhindern. Erhebung und Befestigung der Blase am obersten Teil des Collum durch Lösung der Blase, hohe Amputation des Collum und Vernähung der Blasenwand an die Collumwunde. Amputation des Collum nicht ausschließlich wegen der Hypertrophie desselben, sondern auch um eine Nebenbildung des pericervicalen Gewebes zu bekommen; auch dies seit Anfang der Tätigkeit E's. Bei Vorfall der hinteren Scheidenwand und Ruptur des Mittelfleisches meistens Hegars Colpoperineorraphia. Aber auch hier versenkte Etagesuturen, um ein massives Perineum zu bilden. Hierbei werden die Levatorcrura, ohne freipräpariert zu sein, zusammengenäht. Bei totalem Prolaps

der Gebärmutter und der Scheide, sowie in Fällen, wo die schnelle und fortschreitende Entwicklung bald zum totalen Prolaps zu führen scheint, macht E. dazu die in seiner Klinik ausgebildete präperitoneale Fixation des vorderen Teils des Fundus an der Bauchwand. Nur bei totalem Prolaps alter Weiber wird Exstirpation der Gebärmutter nebst Resektion der Scheide und Vernähung dieser an den breit gegeneinander ligierten Ligamentstümpfen vorgenommen. *Björkenheim* (Helsingfors).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Cavagnis, Giuseppe: Sopra una forma rara di ematosalpinge con torsione avviata alla amputazione. (Über einen seltenen Fall von Hämatosalpinx mit Torsion derselben bis fast zur Spontanamputation.) (*Istit. di clin. ostetr.-ginecol., univ., Padova.*) Riv. veneta di scienze med. Bd. **58**, Nr. 1, S. 16 bis 30. 1913.

Durch Verwachsungen infolge einer Puerperalerkrankung und nachfolgender normaler Schwangerschaft und Geburt soll die Tube um ihre Achse gedreht und in die Excavatio vesicouterina geschoben worden sein. Durch die Achsendrehung kam es zur Bildung der Hämatosalpinx und durch die Torsion fast zur vollständigen Abschnürung des Tubentumors, der nur an einem dünnen Stiel hing. *Gattorno* (Triest).

Varaldo, F. R.: Experimentelle Untersuchungen über Eierstockveränderungen infolge wiederholter Adrenalineinspritzungen. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 37, S. 1350—1353. 1913.

Die vielfachen Widersprüche, die sich bei den experimentellen Resultaten in bezug auf den funktionellen Zusammenhang zwischen Eierstock und Nebenniere ergeben haben, regten den Verf. zu dem Versuche an, die Wirkung subcutaner Adrenalininjektionen bei weiblichen Kaninchen auf deren Eierstöcke zu studieren. Die Versuche erstreckten sich auf normale, gravide und endlich auf kastrierte Tiere. — Der Autor stellte als wesentlichen Befund eine makroskopisch auffallende Volumenverringerung des Eierstockes fest, der mikroskopisch ein Entartungsprozeß des spezifischen Drüsenparenchyms entspricht. Interessant ist die Zunahme der Widerstandskraft des Tieres gegen Adrenalinvergiftung zur Zeit der Gravidität, während jene beim kastrierten Tier wesentlich geschwächt ist. Demnach dürfte entsprechend den experimentellen Ergebnissen des Verf. ein funktioneller Antagonismus zwischen der Rindensubstanz der Nebenniere und den Ovarien angenommen werden. *Hart* (Berlin).

Bauchorgane:

Tapie: Observation de tumeur inflammatoire de la paroi abdominale. Migration anormale de calculs biliaires. (Fall von entzündlichem Tumor der Bauchwand. Wanderung von Gallensteinen.) (Soc. de chirurg. de Toulouse, séance 19. V. 1913.) Arch. méd. de Toulouse Jg. **20**, Nr. 11, S. 138—143. 1913.

Bei einer 64jährigen Frau fand sich in der rechten Bauchseite 5 cm unterhalb einer horizontal durch den Nabel gelegten Linie ein orangegroßer, derber, knolliger Tumor, der nach den Untersuchungen der behandelnden Ärzte der vorderen Bauchwand anzugehören schien. Die Höhe des Tumors war ganz leicht gerötet. Es wurde ein Sarkom der vorderen Bauchwand angenommen, das jedoch seiner Härte wegen mehr für Carcinom sprach. Da sich in den nächsten Tagen die Kuppe etwas rötete, entschloß sich Tapie zur Operation. Umschneidung des Tumors durch die Bauchdecken hindurch, von allen Schichten der Bauchwand wurden Partien reseziert. In der Tiefe entleerten sich einige Tropfen Eiter. Vernähung der einzelnen Schichten bis auf eine kleine Drainageöffnung. Der eitrige Inhalt des Tumors, zunächst verdächtig auf Aktinomykose, ergab nichts Besonderes. Dagegen wurden in dem aufgeschnittenen Präparat 6 kleine facettierte Steine gefunden, so daß danach klar wurde, daß es sich hier um gewanderte Gallensteine handelte. Nach einigen Tagen entleerten sich außerdem aus der Fistel noch zwei weitere Steine. Die sorgfältige Anamnese ergab dann, daß die Frau vor 35 Jahren einmal gelblich ausgesehen, Erbrechen und unbestimmte Schmerzen im Hypochondrium gehabt. Interessant an dem Fall war, daß die Wanderung der Steine nicht nach dem Nabel, wie sonst üblich, erfolgt war. Die Fistel wurde absichtlich bei bestem Wohlbefinden der Pat. offen gelassen. *Penkert* (Halle a. S.).

Marshall, H. W.: Description of an abdominal, lumbo-ilio-sacral support and its uses, advantages and limitations. (Beschreibung einer Stützbandage

für Abdomen und Lendenwirbelsäule, ihrer Vorzüge und Verwendungsmöglichkeit.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169**, Nr. 8, S. 275—278. 1913.

Eine gewöhnliche Leibbandage ist kombiniert mit einem rechteckigen Metallrahmen, der vom Kreuzbein bis auf die untere Brustwirbelsäule reicht. Der Rahmen, der mit Zapfen versehen ist, so daß jede Leibbandage mit Hilfe von Knopflöchern daran befestigt werden kann, soll noch besonders die Wirbelsäule stützen. *Gümbel* (Bernau).CH

Perrin: Le chirurgie des hernies ombilicales congénitales da la période embryonnaire depuis 20 ans (1893—1913). (Die Chirurgie der angeborenen Nabelhernien der Embryonalzeit seit 20 Jahren.) Rev. d'orthop. Jg. **24**, Nr. 4, S. 329—367. 1913.

Perrin stellt die in den letzten 20 Jahren operierten Fälle (109 aus der Literatur und 2 eigene) von angeborenen Nabelhernien der Embryonalzeit (also infolge von Entwicklungshemmung entstanden) zusammen unter hauptsächlicher Berücksichtigung der Operationstechnik, der Resultate und der Ursachen der Spättodesfälle. Von den Operationsmethoden ist die Ligatur des Bruchsacks, sowohl die einfache als die subcutane, ziemlich aufgegeben. Auch die extraperitoneale Methode Ohlshausens — bei welcher der Peritonealsack nicht eröffnet, sondern nur die Amnionschicht und Whartonsche Sulze vorsichtig entfernt wird — ist verlassen und kann höchstens für solche Fälle reserviert werden, bei denen die Lücke der Bauchwand, die Diastase der Recti zu groß ist, als daß eine Vereinigung ihrer Ränder nach erfolgter Radikaloperation möglich wäre. Die sicherste Methode ist die Radikaloperation. Sie ist technisch einfach bei solchen Fällen, wo die Bruchgeschwulst an ihrem Übergang in die Bauchdecken eine Verengerung, den schlecht geschlossenen oder erweiterten Nabelring, zeigt (Hernies viscérales du cordon nach Delanglade). Sie ist aber auch möglich bei solchen Brüchen, die einer großen Lücke der Bauchdecken ihre Entstehung verdanken (éventrations nach D.). Die Operation darf nicht sofort, muß aber am ersten Tage nach der Geburt ausgeführt werden. Bei abwartendem Verhalten droht Nekrose, Infektion der Bruchhüllen, Peritonitis oder Einklemmung. Außer durch letztere Komplikationen wird die Prognose verschlechtert durch zu großes Mißverhältnis zwischen Größe des Bruchs und der Bauchhöhle, durch gleichzeitiges Vorhandensein anderer Mißbildungen und durch das Bestehen von Adhäsionen zwischen Bruchhüllen und Darm oder Leber, welche zur Resektion von Leber- oder Darmteilen zwingen können. Die wichtigste postoperative Komplikation ist der Darmverschluß infolge von Abknickung durch Adhäsionsbildung. Diese Komplikation trat in einem von P. beobachteten Falle 6 Wochen nach der am Tage der Geburt ausgeführten Operierten auf. Daraus ergibt sich, daß auch bei scheinbar günstigem Verlaufe die Operation noch längere Zeit beobachtet werden müssen, ehe sie als geheilt gelten können. Im ganzen starben von 104 radikal Operierten 37, also 36%. Bei Bewertung dieser Zahl muß die absolut schlechte Prognose der nicht operierten Fälle sowie die große Zahl und schwere Art der Komplikationen berücksichtigt werden. Kontraindiziert ist die Operation bei zu großem Defekt der Bauchdecken, bei zu schwächlichem Allgemeinzustand (Frühgeburt) und bei gleichzeitigem Bestehen anderer unheilbarer Mißbildungen. *Jung* (Straßburg).CH

Pólya, Eugen: Beitrag zum plastischen Verschluß der Leistenbruchpforte. (*St. Stephan-Spit., Budapest.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **213**, H. 2/3, S. 504—507. 1913.

Bei einem 54jährigen Landarbeiter mit zwei faustgroßem Rezidiv eines bereits siebenmal operierten, rechtseitigen Leistenbruchs mit papierdünner, narbiger Haut und mehreren fistulösen Gängen in der Umgebung, erfolgreicher, vollkommen fest eingeheilter Ersatz des Defektes der Haut und der Aponeurose und myoplastischer Bruchpfortenverschluß durch einen gestielten Lappen vom Oberschenkel, bestehend aus Haut, Fascia lata und einem Lappen des in seiner Längsrichtung gespaltenen Sartorius. Der nach Eröffnung der Rectusscheide hervorgeholte M. rectus genügte in diesem Falle gar nicht zur Deckung des großen Defektes; Transplantation der großen Wundfläche am Schenkel nach Thiersch. Eine Photographie des Bruchs vor der Operation, sowie 2 anschauliche Skizzen des Operationsverfahrens. *Kaerger* (Berlin).CH

Kleinschmidt, P.: Bemerkungen zur Technik der Radikaloperation von Leistenhernien. (*Verbandskrankenh., Berlin-Reinickendorf.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 35, S. 1929—1930. 1913.

Verf. macht dem Bassinischen Verfahren und den neben diesem noch gebräuchlichen Methoden der Radikaloperation von Leistenhernien den Vorwurf, daß sie der seiner Ansicht nach offenkundigen Hauptbedingung bei der Operation, nämlich den Leistenkanal so kurz und so eng wie möglich anzulegen, nicht in idealer Weise gerecht werden. Er leitet den Samenstrang in Höhe des inneren Leistenringes (nach Spaltung der Aponeurose des Externus) durch alle Schichten der Bauchwand gerade hindurch und läßt ihn dann nach Vernähung der einzelnen Schichten zwischen Externus und Unterhautfettgewebe nach dem Scrotum hin verlaufen. Von der Aponeurosenverdoppelung macht er ausgiebig Gebrauch und zwar in der Weise, daß er zunächst den lateralen Aponeurosenlappen an der Unterfläche des medialen befestigt und sodann den medialen Lappen darüber vernäht: neben der hierdurch erreichten Verstärkung der Bauchwand an sich bietet dieses Verfahren noch den Vorzug, daß sämtliche Nahtlinien in seitlicher Richtung gegeneinander verschoben liegen und nicht direkt übereinander. *Knoke* (Wilhelmshaven).CH

Rischbieth, Harold: A case of multiple herniae obturator, ischiatic and femoral, in an adult. (Ein Fall mit mehreren Hernien beim Erwachsenen, einer Hernia obturatoria, ischiadica und femoralis.) Austral. med. gaz. Bd. **34**, Nr. 445, S. 71—74. 1913.

Interessanter Obduktionsbefund einer unter Ileuserscheinungen moribund ins Krankenhaus eingelieferten Frau von 72 Jahren. 3 Skizzen zeigen die rechtsseitige Hernia obturatoria und femoralis, sowie die linksseitige Hernia ischiadica. — In dem hühnereigroßen Bruchsack der Hernia obturatoria fand sich das untere Ileum an seinem zuführenden Teil gebläht, am abführenden kollabiert, sowie das rechte Ovarium mit der Tube und dem Lig. latum. *Kaerger.*CH

Veit, J.: Peritoneale Fragen nach eigenen Erfahrungen dargestellt. Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. **5**, H. 2, S. 195—211. 1913.

Verf. legt mehr Gewicht auf schnelles Operieren als auf sorgfältiges Peritonisieren. Wenn kein Nachsickern von infektiösem Material zu erwarten ist, so peritonisiert er nicht. Wird die Scheide eröffnet und der Uterus entfernt, so sorgt Verf. für freien Abfluß aus der Bauchhöhle dadurch, daß die Patientin die ersten vier bis fünf Tage nach der Operation täglich für kurze Zeit außer dem Bette steht oder auf einem Stuhl sitzt. Den Schutz der Bauchwunde hält Verf. für sehr wichtig. Billrothbatist und Bedeckung der ganzen Bauchwunde mit Metall durch ein Metallspeculum, das er mit Windler konstruiert hat. Vor Beginn der Bauchnaht gründliche erneute Händedesinfektion vom Operateur, Assistent und Instrumentenschwester, vollständig frische Instrumente. *Weisswange* (Dresden).

Askanazy, M.: Die Pathogenese der galligen Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege und die Pigmentophilie der Nekrosen. (*Pathol. Inst., Univ. Genf.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 36, S. 1645—1648. 1913.

Gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege oder des Magenduodenaltraktes ist möglich. Dabei spielen die oft bis knapp an die Serosa heranreichenden Luschkaschen Gänge bzw. Divertikelbildungen aus solchen Schläuchen eine Rolle, ebenso die Richtung der Ausbreitung eines entzündlichen Exsudates in der vom Epithel etwas desquamierten Gallenblase gegen das Peritoneum hin, ferner Gewebsnekrosen, die als besonders pigmentgierig Gallenfarbstoff anziehen und weitergeben. Ob auch ohne Wandnekrosen und ohne Beteiligung der Luschkaschen Schläuche vom intakten Inneren der infizierten Gallenwege aus Peritonitis erfolgen kann, ist fraglich. In einschlägigen Fällen ist jedenfalls stets eine eingehende Untersuchung vorzunehmen, ob nicht doch ganz feine Löchelchen die Gallenblase insuffizient machten. *Georg B. Gruber* (Straßburg i. E.).M

Child, C. G., L. W. Strong and E. Schwartz: Mesenteric cysts. Clinical reports. Pathological reports. (Mesenterialcysten. Klinischer und pathologisch-anatomischer Bericht.) (*Woman's hosp., New York City.*) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 3, S. 491—499. 1913.

I. Fall. Im Douglas verwachsene Mesenterialcyste, die für eine stielgedrehte Ovarialcyste gehalten und wegen Schmerzen und Erbrechen, Auftreibung des Leibes durch Pfannenstielschen Querschnitt entfernt wurde. Es handelte sich um eine durchblutete, mit nekrotischem Gewebe und blutig-seröser Flüssigkeit angefüllte Cyste (größter Durchmesser 15, Länge 10 cm), die an einer Seite eines Dünndarmstückes saß und aus zwei mehrbauchigen Cysten bestand, durch das Mesenterium hindurch kommunizierend. Resektion der Dünndarmschlinge mit dem Cystenkonglomerat, Vereinigung durch Murphyknopf, Heilung. — II. Fall. Bewegliche Cyste von 15 cm Durchmesser, die aber mit den Eingeweiden derart verwachsen war, daß eine vollständige Entfernung nicht möglich war. Punktion und Drainage für 7 Wochen, Heilung.

Es werden im Anschluß die verschiedenen Theorien der Entstehung dieser Mesenterialcysten besprochen. Entstehung aus den Resten des Wolffschen Ganges, des Meckelschen Divertikels, aus den Lymphspalten, Lymphgangiomen und Enterocystomen. Eine Erklärung der vorliegenden Cysten wird nicht mit Sicherheit gegeben. Verff. nehmen an, daß es sich wohl um Lymphcysten handelt. *Penkert.*

Eastman, Joseph Rilus: Fetal peritoneal folds and their relation to postnatal chronic and acute occlusions of the large and small intestine. (Fötale peritoneale Falten und ihre Beziehungen zu chronischen und akuten Verschlüssen des Dünn- und Dickdarms.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 9, S. 635—639. 1913.

An einer Reihe von Abbildungen werden fötale Faltenbildungen des Peritoneums veranschaulicht, welche auch beim Erwachsenen bestehen bleiben und hier für den Praktiker eine gewisse Bedeutung erlangen können. In der Umgebung des Coecums können solche Faltenbildungen als Adhäsionen mißdeutet werden. Vor allem aber können sie gelegentlich zu Darmverschlüssen Veranlassung geben. Ein Fall, in welchem durch eine solche Falte ein Darmverschluß am Colon ascendens hervorgerufen worden war, wird beschrieben. *M. v. Brunn* (Bochum).[CH]

Andrew, J. Grant: The operation of acute appendicitis. Primary closure of the abdominal wound. (Operation bei akuter Appendicitis: primäre Naht der Bauchwunde.) Glasgow med. journal Bd. **80**, Nr. 3, S. 161—165. 1913.

Verf. vertritt auf Grund seiner Erfahrungen bei den letzten 85 Fällen von gangränöser Appendicitis mit mehr oder weniger großer Beteiligung der freien Bauchhöhle oder von abgekapseltem Absceß den Standpunkt, man solle nach Entfernung von Eiter und Wurmfortsatz die Bauchdecken ohne Drain oder Gazestreifen schließen, wenn der Appendixstumpf genügend übernäht ist. Nur bei ungenügender Übernähung Drain. Meist primäre Heilung. Wundinfektionen verlaufen leicht unter Jodoformemulsionen und Kolivaccine. Progressive Peritonitis überwindet auch die drainierte Bauchhöhle nicht. *Joseph* (Berlin).[CH]

Guibé, Maurice: Sur les rapports entre l'appendicite et la diverticulite. (Über die Beziehungen zwischen Appendicitis und Diverticulitis.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 71, S.713—714. 1913.

Das gleichzeitige Auftreten von Entzündungen des Wurmfortsatzes und eines Meckelschen Divertikels sind nicht so selten, in einer Anzahl von Fällen mag es sich um ein gleichzeitiges zufälliges Zusammentreten handeln, in anderen Fällen ist entweder die Diverticulitis, oder, was häufiger ist, die Appendicitis als die primäre Erkrankung anzusehen. Als Beweis für die letztere Möglichkeit führt Verf. folgende Beobachtung an.

17jähriger Mann, unter den Symptomen der akuten Appendicitis erkrankt. Die Operation ergibt einen gangränösen Wurmfortsatz mit Kotstein und einen zwischen Coecum und Bauchwand gelegenen Absceß. Appendektomie und Drainage der Absceßhöhle. Ein bei der Operation entdecktes Meckelsches Divertikel wird, weil es äußerlich durchaus normal aussieht, nicht entfernt. Normaler Heilungsverlauf. Kurze Zeit später allmählich an Heftigkeit zunehmende Kolikanfälle, die nach einem halben Jahre die Relaparotomie notwendig machen: das Divertikel ist am Coecum fest adhärent, makroskopisch normal, mikroskopisch zeigte sich Schleimhaut und Muskelschicht ebenfalls unverändert, dagegen finden sich in Subserosa und Serosa sehr starke Gefäßneubildung und Bindegewebszüge: das Divertikel zeigt also das Bild

einer subakuten von außen nach innen fortschreitenden Entzündung. Die Entfernung des Divertikels führte zur endgültigen Heilung. *Pringsheim* (Breslau).M

Willis, Murat: Observations on one thousand cases of appendicitis. (Beobachtungen an tausend Fällen von Appendicitis.) Old dominion journal of med. a. surg. Bd. **17**, Nr. 3, S. 119—128. 1913.

Willis berichtet über eine fortlaufende Serie von 1000 Appendicitiden mit im ganzen 14 Todesfällen. In 599 Fällen handelte es sich um chronische Fälle, die im Intervall operiert wurden mit einem Todesfall. 106 Fälle kamen während des akuten Anfalles innerhalb der ersten 48 Stunden in Behandlung; sie wurden operiert; 1 Todesfall. 224 Fälle kamen später als 48 Stunden nach Beginn des Anfalls in Behandlung; sie wurden nicht operiert; sondern konservativ-symptomatisch behandelt; dann nach Abklingen der Attacke im Intervall Operation; 224 Fälle mit zwei Todesfällen. 65 Fälle kamen mit perforierter Appendix und Absceßbildung in Behandlung; in diesen Fällen wurde nur am tiefsten Punkt eine Incision gemacht, drainiert, und die Patienten kamen später zur Appendektomie zurück; von diesen 62 Fällen starben 5. Schließlich kamen noch 9 Fälle mit ausgesprochener diffuser Peritonitis in Behandlung; von diesen starben 5. In der Diskussion weist La Roque auf die große Gefahr der Abführmittel im Anfall hin; Payne hat unter 600—800 Appendicitisfällen nur 7 Tote; Cars fand unter 100 Fällen den Wurmfortsatz 11 mal perforiert oder gangranös und in 257 seiner Fälle Eiter. Ruffin entfernt bei der Absceßincision wenn möglich die Appendix mit, um eine zweite spätere Operation zu ersparen; Minor fürchtet bei tuberkulösen Patienten die Folge jedweder Inhalationsnarkose. La Roque weist noch darauf hin, daß die Toten alles Männer gewesen seien, und daß Frauen die Infektion des Peritoneums viel besser vertrügen. *Hannes* (Breslau).

Baldauf, Leon K.: Primary carcinoma of the vermiform appendix. (Primäres Carcinom des Wurmfortsatzes.) Vortrag, gehalten auf der med.-chirurg. Ges. von Louisville. Louisville monthly journal of med. a. surg. Bd. **20**, Nr. 3, S. 65 bis 73. 1913.

3 Fälle mit klinischer Diagnose akuter bzw. subakuter Appendicitis, bei denen die mikroskopische Untersuchung ein Carcinom ergab. Der erste Fall 38, der zweite 23, der dritte 8 Jahre alt. Häufigkeit: Angaben sehr verschieden, da gewöhnlich nur die Fälle mikroskopisch untersucht werden, die schon makroskopisch verdächtig erscheinen. Verhältnis von Appendixcarcinom zu anderen Erkrankungen des Wurmfortsatzes nach Kelly 1 : 353, nach Elting 1 : 160, nach Mosckowitz 1 : 125, nach Verf. 1 : 67, am wahrscheinlichsten 1 : 100. Ätiologie: Am stärksten betroffen 3. Lebensdekade. Entstehung in Beziehung gebracht zur chronischen, obliterierenden Appendicitis. Weitere eingehende Untersuchungen können erst die Frage entscheiden, ob die chronische Entzündung die Ursache oder Folge des Carcinoms ist. Pathologie: Tumor gewöhnlich durch Entzündung verdeckt oder in einem obliterierten Stück. Makroskopisch oft nicht von chronischer, obliterierender Entzündung zu unterscheiden. Mikroskopisch: Zu überwiegen scheint der einfache alveoläre Krebs. Ausdehnung, Metastasen, Rezidive: Geringe Neigung, in andere Gewebe einzubrechen. Metastasen nur in 2 Fällen beschrieben. Zeit seit Operation gewöhnlich erst so kurz, daß Urteil über Rezidiv nicht abgegeben werden kann. Vergesellschaftete Erkrankungen: Alle akuten und chronischen Entzündungen der Appendix, häufig zusammen. Klinischer Verlauf: Keine speziellen Symptome. Indikation zum Eingriff geben akute und chronische Entzündung. In den Schlußfolgerungen wird unter anderem bemerkt, daß akute oder chronische Entzündungen die Operation erfordern, der Tumor selbst, weil lokalisiert, keine Symptome mache. Es sollten alle Appendices genau histologisch untersucht werden, um klaren Einblick in die Beziehungen des Appendixcarcinoms zu den übrigen Erkrankungen der Appendix zu bekommen.

Diskussion: Garland Scherrill: Klinisch sind nach der Literatur die Appendixcarcinome keine sehr bösartige Erkrankung. Auch bei Gallensteinen finden sich in einem erschreckend hohen Prozentsatz mikroskopisch Bilder maligner Erkrankung in der Gallenblase, während der klinische Verlauf keine weiteren Zeichen einer derartigen Erkrankung bietet. Es handelt sich in derartigen Fällen um ein sozusagen „präcanceröses“ Stadium: wenn der Reiz weiter auf die Appendix eingewirkt hätte, so wäre es wahrscheinlich zur Entwicklung eines Carcinoms gekommen, was jedoch sehr selten vorzukommen scheint. Garland Scherrill hat persönlich kein primäres Appendixcarcinom gesehen. Wenn wirklich 1% aller exstirpierten Appendices

carcinomatös wären, würden wir weit mehr sich weiter entwickeln sehen. Carlos Frazier drückt sein Erstaunen über die Häufigkeit des primären Appendixcarcinoms aus. Louis Frank hat kein primäres Appendixcarcinom gefunden, vielleicht ist es nicht so sehr bösartig oder kommt auf unbekannte Weise zur Spontanheilung. Baldauf (Schlußwort): Klinisch haben die Fälle kein Rezidiv gezeigt. Das Carcinom der Appendix ist eine besondere Art von Geschwulst, histologisch ausgesprochen bösartig, klinisch gutartig. Entzündungen an der Appendix machen früher Erscheinungen als ähnliche Prozesse an anderen Organen, infolge wovon auch das Appendixcarcinom früh zur Operation kommt, bevor es ernsterer Natur werden kann. *Hoffmann* (Greifswald).CH

Hohf, S. M., A review of the last 150 cases of appendicitis in „sacred heart hospital". (Bericht über die letzten 150 Fälle von Appendicitis im Heiligen-Herz-Hospital.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 1, S. 3—13. 1913.

Verf. tritt an der Hand seiner Beobachtungen mit aller Energie für die Frühoperation ein. Jede Attacke disponiert zu einer folgenden. Die Appendicitis ist eine durchaus chirurgische Erkrankung; je früher sie operiert wird, desto besser. Er zeigt an seinen Fällen, daß auch bei eitrigen und gangränösen Formen die einzeitige Operation, die Entfernung der Appendix, bessere Resultate und Dauerheilungen ergibt, als Eröffnung, Drainage und spätere Entfernung der Appendix. Die dem Vortrag folgende Diskussion ergibt fast völlige Übereinstimmung mit dem Verf. *Weißwange* (Dresden).

Gardner, Cyrus B.: Appendicitis in infants. (Appendicitis bei Kindern.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12**, Nr. 10, S. 537—539. 1913.

Masterman, E. W. G.: A case of death from diabetic coma after appendicectomy under local anaesthesia. (Ein Todesfall im diabetischen Koma nach Appendicektomie unter Lokalanästhesie.) St. Bartholomew's hosp. journal Bd. **21**, Nr. 1, S. 7—8. 1913.

Nyström, G.: Über primäre akute Typhlitis. Upsala Läkarefören. Förhandl. Bd. **18**, H. 5/6, S. 333—339. 1913. (Schwedisch.)

Nach einer kurzen Übersicht der bisher in der Literatur veröffentlichten Erfahrungen über primär akute Typhlitis teilt Verf. einen eigenen Fall mit, der wegen der klaren, bei der Operation festgestellten anatomischen Befunde und der mikroskopischen Untersuchung der resezierten kranken Partie des Coecums ein völlig unzweideutiges Beispiel der seltenen Krankheit gibt.

40jähriger Mann. Appendicitisähnliche Symptome seit 24 Stunden. Bei der Operation zeigte eine markgroße Partie der vorderen Cöcalwand einige Zentimeter von der Basis der Proc. vermiformis, das ganz frei in anderer Richtung lag, eine graugrüne Mißfärbung. Die kranke Partie des Darmes wurde reseziert und auch der Proc. vermiformis wurde entfernt. Der letztere zeigte im basalen Teil keine, in den übrigen Teilen nur leichte katarrhalische Veränderungen, die Cöcalpartie dagegen Koagulationsnekrose der Schleimhaut und eitrige Infiltration der Submucosa und der Muscularis. *Björkenheim* (Helsingsfors).

Hadfield, Geoffrey: Case of intussusception of jejunum into ileum. Resection of seven and a half feet of small intestine; recovery. (Fall von Intussuszeption des Jejunum in das Ileum. Resektion von $7^1/_2$ Fuß Dünndarm. Heilung.) St. Bartholomew's hosp. journal Bd. **21**, Nr. 1, S. 13—14. 1913.

Hartwell, John A.: Intestinal obstruction. (Darmverschluß.) (*Cornell univ. med. coll., New York.*) Journal of exp. med. Bd. **18**, Nr. 2, S. 139—148. 1913.

Die Arbeit ist lediglich polemischen Inhalts. Verf. erklärt die von Whipple, Stone und Bernheim erhobenen Resultate in einem entgegengesetzten Sinne wie die Verff. selbst: diese fanden nämlich, daß bei experimentellem Darmverschluß die Tiere bald sterben, und zwar dadurch, daß im verschlossenen Darm eine toxische Substanz sich bildet. Demgegenüber behauptete auf Grund früherer Versuche Hartwell, daß bei unkompliziertem Verlauf keine primäre Toxämie entsteht, und glaubt, daß diese Tatsache durch die Versuche der genannten drei Verff. nicht widerlegt worden sei. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).CH

Lett, Hugh: Acute intussusception. (Akute Invagination.) Clin. journal Bd. **42**, Nr. 20, S. 312—317. 1913.

Spinalanästhesie mit Stovain zur Operation, auch bei kleinen Kindern. Sonst nichts Neues. *Joseph* (Berlin).CH

Miller, C. Jeff: Acute invagination of the ileum secondary to sarcoma of the small intestine. Report of a case. (Akute Invagination des Ileums durch

ein primäres Ileumsarkom.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 2, S. 210 bis 213. 1913.

Verf. beschreibt einen Fall von primärem Ileumsarkom oberhalb der Ileocöcalklappe, das zur Invagination führte. Bei dem 22jährigen Mann wurde die Darmresektion ausgeführt. Er starb 20 Tage nach der Operation infolge einer Darmblutung, die auf Grund einer Thrombose in der Nähe der Nahtstelle entstanden war. *Hinz.*CH

Hall, Earnest A.: Caeco-sigmoidostomy. (Coeco-sigmoidostomie.) Canada Lancet Bd. **47**, Nr. 1, S. 6—7. 1913.

Verf. empfiehlt als Intestinal-Drainage bei Stasis oder toxischer Resorption nicht die Iliosigmoidostomie, sondern besser die Coecumsigmoidostomie derart, daß das Sigmoid wie bei der Gastroenterostomie am Coecum befestigt wird. Den Vorteil dieses Verfahrens sieht er auch in gleichzeitiger Entfernung der Appendix. *Weisswange* (Dresden).

Carl, Walter: Anus praeternaturalis definitivus. (*Chirurg. Klin., Königsberg i. Pr.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **86**, H. 1, S. 177—185. 1913.

Die von Friedrich-Königsberg geübte Methode ist folgende: Ein ca. 10—12 cm langer halbkreisförmiger Bauchfettgewebslappen mit der dem Lig. Pouparti parallel verlaufenden Basis wird von der Fascie des M. obliq. abd. ext. abpräpariert; parallel der Basis wird Fascie und Bauchfell auf eine Strecke von ca. 8 cm gespalten, die Flex. sigmoidea hervorgezogen und das Mesocolon an einer gefäßarmen Stelle radiär durchbohrt; durch diese Lücke wird Bauchfell und Fascie durch 3—5 Nähte fest zusammengezogen, derart, daß das vorgezogene Darmstück auf einer festen Gewebsbrücke reitet. Der Hautlappen wird bis auf eine markstückgroße Öffnung am medialen unteren Pol über dem Darmstück vernäht. Hier wird am 2. oder 3. Tag post operationem der Darm an der vorderen Wand derart, daß die Kontinuität der Rückwand erhalten bleibt, eröffnet. Nach Verheilung bewirkt eine aufgelegte Pelotte festen Verschluß. — Die Vorzüge der Methode, deren genaue bildliche Darstellung in der Mitteilung sich findet, sind: Möglichkeit der Durchführung in Lokalanästhesie; absolut aseptisches Arbeiten; Vermeidung von Ileuserscheinungen nach dem Eingriff, da die Kotpassage bestehen bleibt; feste Einheilung der Darmserosa in dem präfascialen Tunnel, so daß ein Prolabieren der Schleimhaut oder des Darms verhütet wird; Ermöglichung einer guten Pelottenwirkung, die durch eine meist bald eintretende „Vorempfindung“ noch gesteigert wird, sowie einer eventuell später vorzunehmenden Radikaloperation. — 13 Krankengeschichten illustrieren die Brauchbarkeit der Methode, bei welcher vor allem niemals eine Gangrän des vorgelagerten Darmrohrs beobachtet wurde. *Kayser* (Cöln).CH

Rouville, de, et Roger: Ulcérations et perforations multiples de l'intestin grêle et du caecum par toxi-infection intestinale suraiguë post-opératoire. (Hystérectomie pour métrite scléreuse.) (Mehrfache Ulcerationen und Perforationen des Dünndarms und Coecums infolge stürmischer, postoperativer Darminfektion.) (Uterusexstirpation wegen chronischer Metritis.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 32, S. 635—637. 1913.

45jährige Frau, welche 18 Tage nach einer völlig reaktionslos verlaufenen Uterusexstirpation plötzlich mit Leibschmerzen und profusen Durchfällen erkrankte. Keine Bauchdeckenspannung, kein Blut im Stuhl, kein Erbrechen; zeitweise Übelkeit. 4 Tage später Exitus. Sektionsbefund: Eitrige Peritonitis. Am Coecum und dem angrenzenden Ileum ca. 50 Perforationen verschiedenster Größe, denen auf der Schleimhautseite zahlreiche, quer zur Längsachse des Darms verlaufende, ovaläre Ulcerationen entsprechen. Auf mikroskopischen Schnitten im Bereiche der Geschwüre zahllose Bacillen (Koli ?), die fast die Gefäßlumina verstopfen. Proc. intakt. Keine Embolie oder Thrombose der Mesenterialgefäße. Verff. kommen zu dem Schluß, daß es sich um eine auf dem Blutwege entstandene Darminfektion handelt. Die Frage, ob ein Zusammenhang mit der voraufgegangenen Operation besteht, lassen sie offen. *Neupert.*CH

McGavin, Lawrie: A case of carcinoma of the pelvic colon, ovarian tumour, and appendicitis, necessitating repeated abdominal section. (Wiederholte Laparatomie wegen Carcinom des Colon pelvinum, Ovarialtumor und Appendicitis.) British med. journal Nr. **2751**, S. 722—724. 1913.

Bei der ersten Laparotomie wurden linkes Ovarium und Tube, die mit einer dem Colon pelvinum angehörigen Masse adhärent waren, entfernt. In einer zweiten Sitzung wurde der entweder übersehene oder für inoperabel gehaltene Tumor des Colon pelvinum entfernt, indem er erst vorgelagert, und nach Abschluß der Bauchhöhle nach einigen Tagen reseziert wurde. Bei dem dritten und vierten Bauchschnitt wurden die Appendix und ein gutartiges Fibromadenom des rechten Ovariums entfernt, zugleich bei letzterer Operation eine Anastomose zwischen Rectum unterhalb der noch bestehenden Kolostomie und dem tiefsten Punkte der Trans-

versum angelegt; da jetzt die Fistel noch nicht zum Verschluß kam, wurde das Abdomen zum fünften Male eröffnet und die an der Anastomosenstelle vorhandene Verengerung nach Art der Heineke-Moenlingschen Plastik erweitert. Nach jedem Eingriff erfolgte ungestörte Rekonvaleszenz und seit $4^1/_2$ Jahren rezidivfreie Heilung. *Rittershaus* (Coburg).

Mathieu, Albert: Diagnostic différentiel des colites dysentériformes et hémorragiques de l'adulte. Les modalités possibles de l'intervention chirurgicale dans leur traitement. (Die Differentialdiagnostik der dysenterieähnlichen und hämorrhagischen Formen der Kolitis beim Erwachsenen. Die Möglichkeiten chirurgischen Eingreifens bei deren Behandlung.) Gaz. des hôp. Jg. **86,** Nr. 82, S. 1325—1327. 1913.

Skizzierung der klinischen Erscheinungen bei Amöbendysenterie und chronisch-bacillärer Kolitis; auch das Dickdarmcarcinom des untersten Abschnittes, die Mitbeteiligung des Kolon an Entzündungsprozessen des weiblichen Genitales, Tuberkulose und Syphilis des Rectums, sowie einfache Geschwürsbildung an der Darmschleimhaut werden in den Kreis der Betrachtung gezogen und in Übereinstimmung mit den gültigen Anschauungen dargestellt. Hinweis auf die besondere diagnostische Bedeutung rectoskopischer Befunde. Die Art chirurgischer Eingriffe hängt hauptsächlich von der Lokalisation der Darmerkrankung ab; diesbezüglich enthält die Arbeit nur kurze Bemerkungen über die Resektion in verschiedener Ausdehnung als Radikalmethode, die Kolostomie am Blind- und aufsteigenden Dickdarm behufs Lokalbehandlung der Schleimhaut, die Darmausschaltung durch Ileosigmoideostomie, schließlich die Fistelbildung mit Hilfe des normalen Wurmfortsatzes. Letztere, die Appendicostomie, ist als bedeutender technischer Fortschritt in der Behandlung mancher Formen von Kolitis anzusehen; sie ergibt, wo ausführbar, den leichtesten, ungefährlichsten und am wenigsten belästigenden Zugang zum Dickdarm zu Zwecken einer wirksamen Lokaltherapie. *Fieber* (Wien).CH

Finkelstein, B. K.: Zur Chirurgie des Dickdarms, außer dem Mastdarm. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. **101,** H. 4, S. 936—961. 1913.

Verf. berichtet an der Hand von 31 Krankengeschichten über 15 Fälle maligner Tumoren (11 Radikaloperationen, 3 Dauerheilungen), über 9 Fälle tuberkulöser Affektionen des Coecums (8 Radikaloperationen, 2 †, 3 Fälle primärer Tuberkulose der Mesenterialdrüsen des Dickdarms), über 4 Fälle entzündlicher Geschwulst (4 Radikaloperationen, 1 †) und über 3 Fälle chronischer ulceröser Kolitis (3 Radikaloperationen, 2 †). *Blezinger* (Stuttgart).CH

Monsarrat, K. W.: Carcinoma of the rectum. (Mastdarmkrebs.) Liverpool med.-chirurg. journal Bd. **33,** Nr. 64, S. 415—427. 1913.

Handley hat auf Grund seiner sorgfältigen Untersuchung eines krebskranken Rectums die Behauptung aufgestellt, daß die Ausbreitung des Carcinoms durch Permeation in den Schleimhautlymphgefäßen stattfinde und daß weit weg vom Tumor schon früh in diesen Bahnen sich Tumorzellen vorfinden können; in seinem Fall in einer Entfernung von 6 Zoll. Diese Auffassung widerspricht der klinischen Erfahrung. Monsarrat hat diese Ansicht nicht bestätigen können, er hat 2mal die ganze Darmwand in großer Ausdehnung in Serien mikroskopisch untersucht und vom Tumor entfernt keine krebsigen Elemente mehr entdecken können. Er hält den Befund von Handley für eine Seltenheit. Die operativen Ansichten des Autors lauten: In allen Fällen soll ein Bauchschnitt zur Kontrolle des Abdomens vorangehen. Der erhobene Befund ist entscheidend. Die Wiederherstellung der normalen Entleerungswege durch Mobilisierung des Kolons ist unzweckmäßig, da häufig kleine Randnekrosen entstehen, welche Strikturen machen und dann den Zweck der Operation vereiteln. Der Inguinalafter ist dem Sakralafter vorzuziehen. Bei Frauen wird dieser bei hohem Rectumcarcinom nach querer Durchtrennung des Darmes angelegt, indem man die Geschwulst samt dem ganzen untern Rectumabschnitt vom Damm aus entfernt. Bei Männern wird nur ein seitlicher Inguinalafter angelegt und pararectal der Tumor excidiert, denn die Prognose ist bei den Männern schlechter. Der Darm soll nur dann wieder vereinigt werden, wenn der untere Rand der Geschwulst nicht mehr als 2 Zoll vom

After entfernt ist. In allen übrigen Fällen soll ein Inguinalafter angelegt werden. Von 13 operierten Kranken sind 3 gestorben. *Iselin* (Basel).CH

Lebon, H., et P. Aubourg: Contractions réflexes du gros intestin et réflexothérapie. (Reflexkontraktionen des Dickdarmes und Reflexotherapie.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 69, S. 693—694. 1913.

Die Verff. fanden nach Wismutbreifüllung des Dickdarms im Röntgenbilde, daß Reizung des rechten Vagus eine starke reflektorische Aufwärtsbewegung und Kontraktion des Colon ascendens bewirkt; das gleiche bewirkt 5 Minuten lange Perkussion der Processus spinosi des 7. Hals- und ersten Brustwirbels, nur in etwas geringerem Maße. Perkussion der Dornfortsätze der letzten Brust- und 1. Lendenwirbel ruft Kontraktionen des gesamten Dickdarmes hervor, während die dazwischen gelegenen Wirbel ohne Einfluß bleiben. Die Verff. sind der Ansicht, daß bei einfacher oder konstitutioneller Obstipation, auf Muskelschwäche oder Neurasthenie beruhender Verstopfung mittels dieser „Spondylotherapie"-Erfolge zu erzielen sind. *Draudt* (Darmstadt).CH

Jackson, Ralph W.: Sphincteric atrophy: causes, consequences and treatment. (Sphincteratrophie. Ursachen, Folgen und Behandlung.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169**, Nr. 7, S. 221—224. 1913.

Atrophie der Sphincteren des Afters findet sich 1. angeboren, 2. als Teilerscheinung einer allgemeinen Muskelschwäche, 3. als Folge von Verletzungen, 4. als Folge von Nervenstörungen. Sie kann betreffen den Externus oder den Internus. Meist sind beide Muskeln gleichzeitig atrophisch, doch kann auch der eine vorhanden sein, der andere ganz oder nahezu ganz fehlen. So sind einige Fälle bekannt von angeborenem (oder durch Nervenläsion erworbenem?) Fehlen des Sphinct. ext. Das Fehlen des Sphinct. int. kann angeboren sein, wie in den Fällen mangelnden Descensus recti bei Atresia ani et recti, oder es kann durch eine Nervenläsion bedingt sein. Am häufigsten ist jedoch der Sphinct. intern. geschädigt durch zu tiefe Schnitte bei einer ungeschickten Whiteheadschen Operation oder ähnlichen Eingriffen. Während die Atrophie bzw. das Fehlen des Sphinct. extern. bei gut funktionierendem Internus den Patienten nicht wesentlich belästigt, da der dem Willen entzogene Sphinct. int. automatisch die Entleerung bzw. Zurückhaltung des Stuhles regelt, und die Levatoren bis zu einem gewissen Grade für den willkürlich bewegten Externus eintreten, so ist das Fehlen bzw. Versagen des Sphinct. int. für den Patienten geradezu furchtbar. Die automatische Regelung ist dahin, das ständige bewußte „Anhalten" ein sehr kümmerlicher Ersatz. Von den Traumen spielen Incisionen wegen Fissura ani, mehr noch wegen Fistula ani eine große Rolle für folgende Insuffizienz. Schräge Durchschneidung der Sphincteren, Vorfall von Hämorrhoidalknoten in den Schnitt, Auskleidung der Wundflächen mit Epithel sind die Ursachen davon. Ein sehr großer Teil ist weiter die Folge geburtshilflicher Verletzungen und ungenügender oder unterlassener Naht. Risse bzw. Einschnitte nach vorn führen leichter Inkontinenz herbei, als solche nach hinten bzw. den Seiten. Seltener ist Überdehnung der Muskeln bei Operationen Veranlassung zur Inkontinenz, doch sollte man die Dehnung auf das dringendste Maß beschränken. Vorfall von Hämorrhoidalknoten und Vorfall der Schleimhaut sind meist Folge einer Erschlaffung des Sphinct. ext., aber andererseits auch wieder die Ursache zu einer weiteren Schädigung des Muskels. Bei Stenose oberhalb des Sphinct. ext. tritt meist Degeneration des Muskels ein infolge Nichtgebrauchs. Ein schlaffer Sphinct. ext. erregt darum immer Verdacht auf maligne Stenose. Von den auf nervöser Grundlage beruhenden Insuffizienzen sind manche luetischen Ursprungs und dann bis zu einem gewissen Grade einer Behandlung zugängig. Die mit Insuffizienz des Sphinct. intern. behafteten Kranken leiden physisch und psychisch sehr. Man muß versuchen ihnen zu helfen. Ein kümmerlich funktionierender After ist dem Pat. mehr wert, als die bestfunktionierende Kolostomie. Behandlung: Prophylaxe erfolgreicher als die eigentliche Behandlung. Verletzungen müssen auf ein Mindestmaß beschränkt werden. Bei der Operation der Mastdarmfistel muß versucht werden, durch geeignete Methoden die Schließmuskeln zu schonen. Die bisher zu diesem Zweck vorgeschlagenen Methoden sind noch nicht einwandfrei. Am brauchbarsten ist noch die von Elting vorgeschlagene, der Whiteheadschen nach-

gebildete Operation. Verletzungen sind sofort zu versorgen. Die eigentliche Behandlung muß versuchen, die allerdings meist hochgradig atrophischen Muskelfasern zu identifizieren und zu vereinigen. Meist wird allerdings die Operation nur durch die Setzung einer narbigen Stenose nützen. Bei fehlendem Externus ist dichte Annäherung der Levatoren am meisten zu empfehlen. Die Benutzung von Muskelfasern aus den Glut. max., von Chetwood vorgeschlagen, hat bisher ermutigende Resultate nicht ergeben. Bei schlaffem Muskel und Vorfall kann durch Übung und Faradisation manches erreicht werden, vor allem soll man aber versuchen, den Fettansatz zu heben, da das perianale Fett eine große Stütze für die Analwand bedeutet. Eventuell kommt auch Kürzung der Muskelfasern in Betracht, doch ist ihr Erfolg sehr zweifelhaft. *Wiemann.*CH

Mummery, P. Lockhart: Operation and after-treatement of fistula in ano. (Operation und Nachbehandlung der Analfistel.) Lancet Bd. **185**, Nr. 2, S. 72—75. 1913.

Die Radikaloperation soll nicht ausgeführt werden, während eine akute Entzündung besteht. Eine möglichst gute Reinigung des Rectums und der Analgegend vor dem Eingriff ist von großem Einfluß auf die nachherige Heilung der geschaffenen Wunde. Bei Fisteln mit seitlicher Mündung empfiehlt Mummery, die Spaltung des Sphincter erst in einer zweiten Sitzung vorzunehmen, um das Eintreten einer bleibenden Inkontinenz, die hier besonders leicht resultiert, zu vermeiden. In der Nachbehandlung darf, um die Heilung nicht zu verzögern, nur ganz leicht tamponiert werden (am besten mit ölgetränkten Kompressen), und der Patient darf weder aufsitzen noch gehen, bis die Wunde vollständig und sicher verheilt ist. — Einige schematische Abbildungen über die Schnittführung bei verschiedenen Fistelformen sind beigegeben. *Zieglwallner* (München).CH

Aschoff, L.: Wie entstehen die reinen Cholesterinsteine? (*Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. B.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 32, S. 1753—1756. 1913.

Der neueren Aschoff-Bacmeisterschen Lehre über die Gallensteinbildungen entgegen ist jüngst im Handbuch von Krehl-Marchand durch Kretz die alte Naunynsche Theorie von der Metamorphose der Gallensteine in den Vordergrund gestellt und als wichtigste Grundlage für das Verständnis der Gallensteinbildung bezeichnet worden. Mit Recht erhebt A. dagegen Einspruch, da die seit Naunyn zur Stärkung dieser Theorie beigebrachten Tatsachen nicht genügen, andererseits aber eine erhebliche Mehrzahl von klinischen und experimentellen Momenten direkt das Gegenteil beweisen. Die von Kuru für die Fibrinnatur des Eiweißgerüstes der Gallensteine beigebrachten histologischen Befunde beruhen auf Irrtum, wie Aoyama nachgewiesen hat; damit ist der Kretzschen Betrachtung über die Rolle des Fibrins bei der Gallensteinbildung der Boden entzogen. Demnach sieht A. seine Annahme, daß für die kausale Genese der Gallensteinbildung nicht dem Kolloid, sondern den Krystalloiden die führende Rolle zukomme, für unwiderlegt, wohingegen er für die formale Genese die Bedeutung der Eiweißkörper ausdrücklich betont, und sie in Adsorptionsprozessen bei den Krystallisationsvorgängen sieht. Im reinen Cholesterinstein ist kein oder so gut wie kein Eiweißgerüst nachweisbar, was schon an sich gegen eine entzündliche Entstehung spricht. Dazu kommt das absolute Fehlen irgendwelcher nachweisbarer Veränderungen der Gallenblasenwand in so vielen Fällen. Diesen negativen Momenten treten positive zur Seite: die Abhängigkeit der Cholesterinsteinbildung vom Stoffwechsel. Die neueren Befunde der Cholesterinanreicherung der Galle während der Gravidität (Pierce, McNee) in Verbindung mit der Lipoidspeicherung des Blutplasmas in der Gravidität machen ihre Entstehung aus Stoffwechselanomalien höchst wahrscheinlich. Sind doch auch reine Cholesterinsteine gerade bei jugendlichen Frauen nach überstandener Schwangerschaft wiederholt nachgewiesen, was im Gegensatz zu der Kretzschen Auffassung, daß Cholesterinsteine nur bei ganz alten Leuten gefunden werden, steht. Die Frage nach der Herkunft des vermehrten Gallecholesterins muß wohl nach den neuesten Versuchen (McNee) zugunsten der hämatogenen Entstehungsweise beantwortet werden. Selbstverständlich ist auch beim reinen Cholesterinstein eine sekundäre Infektion denkbar. Ausdrücklich hebt der Verf. außerdem hervor, daß er niemals die mögliche entzündliche Herkunft des Cholesterins bestritten habe.

Auch gegen die Entstellung seiner Lehre vom Kombinationsstein als Verschlußstein legt A. Verwahrung ein; der letztere kann nur dann ein Kombinationsstein sein, wenn es sich nicht um eine dauernde Einkeilung des Cholesterinsteins gehandelt hat. Gegen die Lehre von der Metamorphose der Cholesterinpigmentkalksteine zu Cholesterinsteinen bringt der Verf. das schon früher beigebrachte Argument vom solitären Vorkommen der reinen Cholesterin- und der Kombinationssteine bei, außerdem aber weist er auf das Fehlen von Beweisen für die Auflösung von Cholesterinpigmentkalksteinen und der Eiweißgerüste hin. Die Anschauung über die Cholesterinsteinbildung infolge Störung im Cholesterinstoffwechsel hat auch eine rein praktische Seite, insofern sie den Arzt zu prophylaktischen Maßnahmen auffordert dann, wenn Gelegenheit zu der entsprechenden Stoffwechselstörung gegeben ist, wie z. B. in der Gravidität. *Veil* (Straßburg i. E.).[M]

Thorning, W. Burton: Intestinal obstruction due to gallstones. (Darmverschluß durch Gallensteine.) Texas State journal of med. Bd. **9**, Nr. 5, S. 152 bis 154. 1913.

Drei Fälle von Darmverschluß durch Gallensteine, die durch eine Gallengangdarmfistel durchgewandert waren und nun den Darmverschluß hervorgerufen hatten. Alle 3 Fälle starben, weil die Operation zu spät vorgenommen wurde. Die Diagnose ist meist außerordentlich schwierig, und ist in allen zweifelhaften Fällen eine möglichst frühzeitige Laparotomie dringend angezeigt. *Weisswange* (Dresden).

Ebner, Ad.: Über retroperitoneale Lipombildung mit spezieller Berücksichtigung der mesenterialen Lipome. (*Chirurg. Klin., Königsberg i. Pr.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **86**, H. 1, S. 186—222. 1913.

Verf. beschreibt einen in der Klinik Friedrichs operierten Fall von mesenterialem Lipom in der Ileocöcalgegend, worin auch die Appendix mit einbegriffen war. Die Diagnose war vorher nicht gestellt worden, man dachte vielmehr an einen chronisch entzündlichen Vorgang. Auffallend war der kachektische Zustand der 48 jährigen russischen Frau. Es wurde intra operationem wegen der Gefahr der Malignität der Geschwulst eine Ileum- — Colon ascendens — Resektion gemacht mit Ileokolostomie im Querdarm. Im Präparat zeigten sich die Darmteile, besonders die Appendix, komprimiert durch den apfelgroßen Tumor, der zwischen den Mesenterialblättern lag, die Serosa des Coecum vom Mesenterialansatz her auseinanderdrängte, aber sonst die einzelnen Darmschichten sämtlich ohne Schädigung gelassen hatte. Nach der Operation erfolgte Heilung. Der Tumor erwies sich in der Mitte grüngelb erweicht und mikroskopisch als Fibrolipom.

Verf. bringt noch einen Überblick über die in der Literatur bekannten Fälle derselben und ähnlicher Art. Das Schwerste ist dabei fast stets die genaue Diagnose gewesen. Als differential verwertbar sei die höckrige Beschaffenheit und nach Josephson das Zurückschwellen beweglicher Tumoren gegen die hintere Bauchwand. Am meisten zu empfehlen bei bei vorheriger Diagnosenstellung der retroperitoneale Weg für die Operation. Die Prognose ist abhängig von der Größe der Tumoren mit dem ev. Geschädigtsein der umliegenden Organe und von ihrer öfter beobachteten malignen, sarkomatösen Entartung. *Weichert* (Breslau).[CH]

Kalima, Tauno: Über retroperitoneale Lipome. Mitteilg. a. d. gynaekol. Klin. Otto Engström Bd. **10**, H. 3, S. 219—264. 1913.

Die retroperitonealen Lipome stehen genetisch nicht mit Niere, Nebenniere oder Pancreas im Zusammenhang. Man teilt sie am besten ein in laterale und mediale. Erstere, die häufigeren, gehen von der Nierenkapsel aus, letztere vom prävertebralen Fett. — Differentialdiagnostisch schwierig, besonders bei Frauen gegen Genitaltumoren, sonst gegen Nieren-, Mesenterial- und Omentaltumoren abzugrenzen. Meist ist absolute Dämpfung gegen die verdrängten Darmschlingen nachweisbar, sowie Fluktuation bzw. Pseudofluktuation. Die Behandlung kann nur eine chirurgische sein, zuweilen schwierig wegen der Nähe von Darmgefäßen oder der Ureteren. Rezidive häufig, bei unvollkommener Entfernung manchmal sarkomatös. *von Bomhard.*

Harnorgane:

Mankiewicz: Urologie. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 40, S. 1646—1647. 1913. Sammelreferat.

Hotchkiss, Lucius W.: On excision of the infarct in acute haematogenous infections of the kidney. (Über die Excision von Infarkten bei akut-hämatogenen Infektionen der Niere.) Ann. of surg. Bd. **58,** Nr. 2, S. 226—231. 1913.

Kasuistischer Beitrag über zwei in Verlauf und Befund auffallend ähnliche Fälle von unilateralem septischem Niereninfarkt im oberen Pol der Niere, welcher operativ bloßgelegt, mit dem Finger enucleiert wurde. Die übrige gesund erscheinende Niere konnte erhalten werden. Heilung. *Hans Brun* (Luzern).CH

Asher, Leon, und Roy Gentry Pearce: Nachweis der sekretorischen Innervation der Niere. (*Physiol. Inst., Univ. Bern.*) Zentralbl. f. Physiol. Bd. **27,** Nr. 11, S. 584 bis 590. 1913.

Die Versuche wurden an decerebrierten Katzen ausgeführt. Auf derjenigen Seite, auf welcher der Vagus gereizt werden sollte, wurde der Splanchnicus durchschnitten, die andere Niere, um sie dem Einfluß ihres Splanchnicus zu entziehen, zur Kontrolle gänzlich entnervt und der Urin beider getrennt aufgefangen. Der Vagus wurde meist intrathorakal elektrisch gereizt. Im Gegensatz zu anderen Untersuchern ergab sich, daß durch Vagusreizung die Absonderung des Harns gefördert wird. Diese Förderung bleibt oft in einer Nachperiode bestehen und hat nicht ihren Grund in Erhöhungen des Blutdrucks, auch eine Gefäßerweiterung liegt nach Ansicht der Verff. nicht vor. Wurde indessen die Vagusreizung vorgenommen, ohne daß der Splanchnicus vorher durchschnitten war, so trat Hemmung der Nierenabsonderung ein. Der sekretorische Einfluß des Vagus auf die Niere zeigte sich ferner darin, daß neben der gesteigerten Ausfuhr von Harnwasser auf der Seite der Vagusreizung auch viel mehr feste Bestandteile ausgeschieden wurden. Die Steigerung gegenüber der Vorperiode war jedesmal sehr viel größer als auf der Seite der Kontrollniere, die infolge der totalen Entnervung zwar für Wasser auch durchlässiger, hingegen für feste Bestandteile anscheinend dichter wird. *Jungmann* (Straßburg i. Els.).M

Bernasconi et Laffont: Sur un cas de pyélite consécutive à la défloration. (Über einen Fall von Deflorationspyelitis.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 6, S. 570—572. 1913.

Die Infektion des Harnapparates bei jungverheirateten Frauen ist recht häufig. Gewöhnlich werden Gonokokken beschuldigt; es kommen aber auch, wie besonders Wildbolz neuerdings hervorgehoben hat, ascendierende Pyelitiden im Gefolge der Defloration vor, ohne daß Gonorrhöe im Spiele ist. Einen solchen, mit hohem Fieber einhergehenden Fall von Deflorationspyelitis bei einer 17jährigen Frau teilen die Autoren mit. Heilung erfolgte nach 3maliger Spülung des Nierenbeckens mit Argent. nitric. 1 : 1000. *Knoop* (Duisburg).

Pilet: Le praticien devant la tuberculose rénale. (Der Praktiker und die Nierentuberkulose.) Journal de méd. et de chirurg. Jg. **8,** Nr. 9, S. 321—327. 1913.

Besprechung der Pathologie und Therapie der Nierentuberkulose. Besonderen Wert legt Verf. auf den Tastbefund des Vas deferens beim Mann und des Ureters beim Weibe. Stets soll auch der Praktiker den Impfversuch beim Meerschweinchen machen; ebenso natürlich den Ureterenkatheterismus. Bei der meist einseitigen Nierentuberkulose soll stets die Nephrektomie gemacht werden. Später muß dann noch die Blase gesondert behandelt werden, sowohl lokal, als allgemein. (Soolbäder.) *Knoop* (Duisburg).

Heidler, Heinrich: Beiträge zur Nierenchirurgie. (*Bezirkskrankenh., Komotau.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38,** Nr. 37, S. 507—512. 1913.

Verf. berichtet über die vom Jahre 1908—1912 am Bezirkskrankenhaus Komotau (Primarius Doberauer) beobachteten chirurgischen Nierenerkrankungen. Die in den 5 Jahren behandelten Fälle scheiden sich 1. in Nierengeschwülste (3 Carcinome, 3 Sarkome, 1 Hypernephrom, 1 Dermoidcyste), 2. in Retentionsgeschwülste (3 Hydronephrosen, 2 Pyelonephrosen), 3. in Steinnieren (3), 4. in Nierentuberkulose (1), 5. in hämorrhagische Nephritis (1), 6. in subcutane Nierenquetschung (1), 7. in Wandernieren (4 Nephropexien), 8. in paranephritische Abscesse (2). Zur Freilegung der Niere wurde 21 mal retroperitoneal, 3 mal transperitoneal vorgegangen. Auf 17 Nephrektomien entfallen 5 Todesfälle: Von 7 an Nierentumoren Operierten starben 2, von 3 an Nierenstein Operierten 1, von 1 an Nierentuberkulose Operierten 1 (Miliartuberkulose), von 1 an rechtsseitiger essentieller Hämaturie Operierten 1 (doppelseitige

Nephritis). Die Nephrotomie wurde 3mal ausgeführt, bei Steinniere ist wegen Blutungsgefahr die Nephrotomie womöglich durch die Pyelotomie zu ersetzen. *Gebele* (München).CH

Gibbon, John H.: The technic of nephro-pyelo- and uretero lithotomy. (Die Technik der Nephro-Pyelo- und der Uretero-Lithotomie.) Ann. of surg. Bd. 58, Nr. 2, S. 232—243. 1913.

Allgemeine Beschreibung der Technik der Nephro- und Pyelotomie ohne wesentlich Neues. Verf. gibt der Pyelotomie bei den einfachen, nichtinfizierten Fällen den Vorzug, bei schwerer Infektion wählt er die Nephrektomie. Bei letzterer warnt er vor instrumenteller Kompression des Nierenstiels als nicht ungefährlich. Als Nahtmaterial soll bei der Nieren- und Ureterenchirurgie durchwegs Catgut gebraucht werden. — Bei guten, wenn möglich stereoskopischen Skiagrammen kann die direkte Incision auf den Stein den Vorzug verdienen. Die Drainage in die Niere und in das Nierenbecken ist nur bei schwer infizierten Fällen anzuwenden; sonst genügt ein Zigarettendrain auf die Naht, die möglichst sorgfältig zu machen ist. Bei der Ureterotomie ändert sich die Technik mit der Lage des Steines. Die gewöhnlichste Lokalisation, 3—6 cm unterhalb des Nierenbeckens, erlaubt die Bloßlegung und Extraktion auf dem gewöhnlichen lumbalen Wege. Bei der zweithäufigsten Lokalisation der Steine, zwischen den Iliacalgefäßen und der Blase, soll man nur operieren, wenn absolut keine Aussicht vorliegt, daß die Größe und Form des Steines einen spontanen Abgang erwarten läßt. Zur operativen Entfernung stehen vier Wege offen: der intraperitoneale, der extraperitoneale und der kombiniert intra- und extraperitoneale Weg. Der erste ist der technisch einfachste, aber im Erfolg nicht absolut sichere. Der extraperitoneale Weg deckt sich technisch mit dem der Bloßlegung der Iliacalgefäße. Am schonendsten sind die kombinierten Methoden, weil intraperitoneal der Ureter, und zwar beidseitig, mit dem Stein leicht zu finden ist und die Stelle dann ohne weitere Läsion des übrigen Ureters für die extraperitoneale Extraktion vorbereitet werden kann. Ein Vorteil besteht auch darin, daß oft der Stein aus seinem Bette in eine benachbarte, gesunde Ureterpartie verlagert werden kann, an der dann die Extraktion extraperitoneal mit sicherer Technik zu machen ist. — Steine im Ostium der Ureteren sind durch die endovesicalen Methoden zu entfernen. *Hans Brun* (Luzern).CH

Puttemans, A.: Périnéphrite suppurée. Abcès sous-diaphragmatique. (Eitrige Perinephritis. Subdiaphragmatischer Absceß.) Ann. de la policlin. centr. de Bruxelles Jg. 13, Nr. 8, S. 225—234. 1913.

Helly, Konrad: Zur Pathologie der Nebenniere. (*Pathol.-anat. Inst., Würzburg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 33, S. 1811—1812. 1913.

Bei einem 43jährigen Mann, der klinisch eine deutliche Erhöhung des Blutdruckes, Herzhypertrophie und Glykosurie hatte, trat 2 Tage nach einer Whiteheadschen Hämorrhoidenoperation (0,01 Pantopon, 0,0004 Scopolamin, Lokalinjektion von 0,22 g Novocain in 20 ccm Wasser) Exitus an Herzschwäche ein. Obduktion: linksseitige Herzhypertrophie wie bei chronischer Nephritis; Klappen intakt; nur sehr geringe Aorten- und Coronarsklerose, die zur Erklärung des Todes keineswegs genügte. Apfelgroßer Tumor der rechten Nebenniere, der nach seinem chemischen und histologischen Verhalten als echter chromaffiner Tumor anzusprechen war. Wie im Fall Koliskos ist infolge der Hyperfunktion des chromaffinen Gewebes eine erhöhte Labilität des Organismus, besonders des Herzens anzunehmen, ähnlich der verminderten Widerstandsfähigkeit bei Überfunktion anderer Organe (Status thymolymphaticus, Kropfherz, Myomherz); ein solcher Organismus unterliegt schon so geringen Schädigungen wie Operationstrauma, psychischem Shock, Narkose usw. Vielleicht ließe sich die intravitale Diagnosenstellung auch solcher Tumoren ermöglichen. *Tölken* (Zwickau).CH

Frattin, Giuseppe: Contributo alla clinica dei tumori pararenali. (Beitrag zur Klinik der pararenalen Geschwülste.) Riv. veneta di scienze med. Bd. 58, Nr. 1, S. 3—15. 1913.

47jährige Frau bemerkt seit 6 Monaten eine Anschwellung des Leibes, seit 2 Monaten allgemeine Mattigkeit und Körperschwäche. Es handelte sich klinisch um einen in der rechten

Bauchhälfte sitzenden, wenig verschieblichen und fluktuierenden Tumor. Bei der Laparotomie zeigte es sich, daß er mehr nach hinten zu in der Nierengegend saß, so daß der Schnitt nach der Lendengegend verlängert werden mußte. Dann Exstirpation einer kindskopfgroßen, mit der rechten Niere in Verbindung stehenden und mit der Spitze an der Wirbelsäule festsitzenden Geschwulst. Es handelte sich um ein Fibrosarkom des retroperitonealen und pararenalen Bindegewebes. Ungestörter Heilverlauf. *Herhold* (Hannover).CH

Legueu: Calculs urétéro-vésicaux. (Ureterblasensteine.) (*Hôp. Necker.*) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. 35, S. 549—551. 1913.

Anschließend an einige interessante Beobachtungen bespricht Legueu in einem Vortrag die anatomischen Verhältnisse, die Klinik und Therapie der an der vesicalen Uretermündung sitzenden Steine. Der Sitz der Steine ist der kurze intraparietale Teil des Ureters, der den engsten, starker muskulösen Kontraktionen fähigen Teil des Ureters darstellt, daher zur Einkeilung des Steines besonders geeignet ist. Die Symptome sind sehr vielfältiger Natur und können ebenso die typische Nephrolithiasis als auch die Symptome der Blasensteine vortäuschen. Kolik, Anurie kommen ebensooft vor, wie häufiger, starker Harndrang, eiterig trüber oder blutiger Harn. Die Therapie ist von den Möglichkeiten des einzelnen Falles abhängig. Man versucht, mit dem Ureterkatheter den Stein aus seiner Einzwängung herauszubringen und durch Erweiterung des Ureters in die Blase zu befördern. Gelingt dies nicht und besteht die Dringlichkeit des Eingriffes, so wird bei suprapubischer Eröffnung der Blase der Stein entweder stumpf aus dem Ureter herausgehoben oder durch Meatotomie der Uretermündung aus dem Ureter entfernt. *Ràskai* (Budapest).CH

Goldberger, M. F.: Retroperitoneal uretero-cystostomy for uretero-vaginal fistula. A case report. (Bericht über einen Fall von retroperitonealer Uretero-Cystanastomose wegen Ureterscheidenfistel.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 9, S. 330—331. 1913.

Im Anschluß an eine Zangenentbindung hatte sich bei einer 23jährigen Ipara eine Ureterscheidenfistel am fünften Tage nach dem Partus ausgebildet. Der Versuch, die Fistel von der Scheide auszuschließen, mißlang. Es wurde deshalb oberhalb und dicht über dem Poupartschen Band eingegangen und das Bauchfell zurückgeschoben, retroperitoneal der Ureter freigelegt bis zur Fistelstelle und hier durchtrennt, der Blasenstumpf des Ureters unterbunden und der distale Ureter in die durch eine Sonde in die Urethra eingeführte, vorgestülpte und incidierte Blase jederseits mit einer Naht eingenäht; das Peritoneum und die Blase noch darübervernäht und für 5 Tage eine Zigarettendrain nach dem Wundgebiet eingelegt. Reaktionslose Einheilung. Nach einem halben Jahr war deutlicher Abfluß von Urin aus dem eingenähten Ureter cystoskopisch zu konstatieren, jedoch fehlten selbständige Bewegungen an dem Ureter.

Die Entstehung der hochgelegenen Fistel erklärt Goldberger so, daß der linke Zangenlöffel innerhalb der Cervix, der rechte außerhalb der Cervix an den Kopf angelegt und durch Anpressen und Quetschen der Cervix an den Kopf die Verletzung des Ureters und das Zustandekommen der Fistel erfolgt ist. *Penkert* (Halle a. S.).

Boulanger, L.: Une remarque clinique et thérapeutique sur la cystite bacillaire. (Eine klinische und therapeutische Bemerkung über die bacilläre Cystitis.) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 3, S. 437—438. 1913.

Boulanger fand bei der klinischen Behandlung sonst gleicher Fälle einen auffallenden Unterschied in der Wirkung der in gleicher Weise angewandten Medikamente. Als die Ursache wies er trotz der oft geringen Kapazität der Blase Residualharn nach (10—40 ccm), der durch Verdünnung das Medikament wirkungslos machte. Derselbe fand sich in mehr als 60% der Fälle. *Colmers* (Koburg).

Key, E.: Exclusio vesicae bei schwerer Blasentuberkulosis. Allmänna svenska Läkartidn Bd. **10**, H. 36, S. 958—971. 1913. (Schwedisch.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von schwerer Blasentuberkulose mit Nierentuberkulose kombiniert, in welchen Fällen er eine permanente Ureterfistel an der gesunden Seite angelegt hat. In beiden Fällen war das Resultat gut. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Die schmerzhaften, subjektiven Blasensymptome bei schwerer Blasentuberkulose werden durch Kontraktionen der Blase verursacht, welche Kontraktionen durch den herunterfließenden Harn ausgelöst werden. Diese Symptome können durch

ein vollständiges Ableiten des Harns, Exklusio vesicae, entfernt werden. Nach bis jetzt gewonnenen Erfahrungen sollen Uretherostomie bei wenig oder gar nicht verändertem Ureter und Nephrostomie bei hochgradig verändertem Ureter oder bei Pyonephrose angewandt werden. *Björkenheim* (Helsingfors).

Fraisse: A propos de la technique urétroscopique. (Bemerkungen zur Technik der Urethroskopie.) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 2, S. 255—256. 1913.

Unter Berufung auf einen vor 5 Jahren erschienenen Aufsatz und auf die ausführliche Beschreibung in seinem die Therapie der chronischen Gonorrhöe behandelnden Buche, verteidigt er die Priorität seines Endoskopes, namentlich Luys gegenüber. Die Vorzüge seines Endoskopes bestehen in der Anbringung der Vergrößerungslupe, nebst anderen technischen Vorzügen, die es ermöglicht, jeden wie immer gearteten endourethralen Eingriff in leichter Weise unter steter Kontrolle des Auges zu vollführen. Eine ganze Reihe von ihm konstruierter Instrumente ermöglicht eine allen Indikationen entsprechende Behandlung der Gonorrhöe in einer durch kein anderes Endoskop gegebenen Vollkommenheit. *Ràskai* (Budapest).CH

Legueu: La radiographie dans la tuberculose rénale. (Die Röntgenuntersuchung der Nierentuberkulose.) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. 33, S. 518—520. 1913.

In Fällen, welche eine genaue instrumentelle Untersuchung nicht erlauben — die Krankengeschichten zweier solcher Fälle sind mitgeteilt —, kann bei einem Konstanten unter 0,100, welcher für die Einseitigkeit der Nierenerkrankung spricht, bei positivem Röntgenbefund (Konturveränderungen, Käse- oder Kalkflecken) die Nephrektomie vorgenommen werden. *v. Lichtenberg* (Straßburg).CH

Mamma:

Charon, René, et Paul Courbon: Sein hystérique et suggestion. (Suggestion und Brust der Hysterischen.) Nouvel. iconogr. de la salpêtr. Jg. **26**, Nr. 2, S. 118—121. 1913.

Hysterisches 13jähriges Mädchen, dessen Wärterin an einer Mastitis operiert wurde, bekommt vorübergehend auf zwei Tage eine heftige Schwellung und Rötung der einen Mamma, die auf rein psychische Ursache zurückgeführt wird. *Dahl.*M

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Morley, W. H.: The calcium content of the blood during pregnancy, labor, and puerperium. (Der Kalkgehalt des Blutes während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 304 bis 307. 1913.

Verf. bestimmte nach der von Bell angegebenen Methode den Kalkgehalt des Blutes bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen; er fand ihn bei sämtlichen gegenüber der Norm herabgesetzt. Ohne aus diesen Befunden bestimmte Schlüsse ziehen zu wollen, glaubt Verf., daß die bis jetzt ungeklärte Ursache der Schwangerschaftsintoxikationen durch eine Störung im Kalkgehalt des mütterlichen Organismus erklärt werden kann. *Engelhorn* (Erlangen).

Schwangerschaft:

Rouvier, J.: Superembryonnement apparent dans une grossesse gémellaire univitelline, interrompue par avortement au cours du 4e mois. (Anscheinende Überfruchtung bei eineiiger Zwillingsschwangerschaft; Abort im 4. Monat.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 6, S. 560 bis 563. 1913.

Ausführliche Wiedergabe der Geburtsgeschichte. Inhalt ist aus dem Titel ersichtlich. *Engelhorn* (Erlangen).

Brindeau, A.: A propos de deux cas d'utérus septus gravides. (Zwei Fälle von Uterus septus gravidus.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 6, S. 539—541. 1913.

1. 36jährige Frau. Ein Abortus im 5., einer im 6. Monat. Nun ungestörte Gravidität bereits mehr als 7 Monate. Graviditäten stets im linken Horn. 2. 26jährige Frau. Normale

spontane Geburt. 3 Tage nachher Abgang einer Decidua aus dem leeren Horn. Der Uterus subseptus des 1. Falles scheint der Entwicklung des Eies nicht so günstig zu sein als der Uterus septus des 2. Falles. Auffallend die eigenartige, zylindrische Form der Nachgeburt, ferner die Ausstoßung einer Decidua aus dem nicht schwangeren Uterushorn. Fall 1 erweist die abwartende, nicht operative Therapie als richtig. *Schiffmann* (Wien).

Potocki et Sauvage: Thrombus pédiculé du vagin. (Gestielter Scheidenthrombus.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 346 bis 357. 1913.

2 Fälle. Der eine im 9. Schwangerschaftsmonat platzte bei der Defäkation; nächsten Tages wegen brandiger Stellen des Schleimhautüberzuges Exstirpation und Naht; tags darauf Partus; glatter Verlauf. Der andere im 8. Schwangerschaftsmonat mit Ulceration an der Oberfläche; deswegen Naht nach Exstirpation; 6 Wochen später normaler Partus. Genauer mikroskopischer Befund, nach welchem die Autoren einfachen und varikösen gestielten Scheidenthrombus unterscheiden wollen. Zusammenstellung von 19 Fällen aus der Literatur.

Diese Tumoren sitzen stets auf der unteren Partie der hinteren Scheidenwand, ca. 3 cm von der hintern Commissur entfernt, haben längliche Form, sind gestielt, sehen schwarz-blutig aus, häufig mit grauen Flecken oder mit echten Ulcerationen bedeckt, erscheinen stets in der zweiten Schwangerschaftshälfte; häufiger bei Iparis, gewöhnlich mit Varicen der Vulva kombiniert. Sie verschwinden teils durch Resorption, teils durch Platzen, teils durch Ausstoßung. Der abwartenden Behandlung ziehen die Autoren wegen der Infektionsgefahr die Operation vor. *Bauer* (Berlin).

Ballantyne, J. W., and James Young: Fatal case of hydatidiform mole. (Tödlich verlaufender Fall von Blasenmole.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the British empire Bd. 24, Nr. 2, S. 104—108. 1913.

47jährige XIV-Para; ausgeblutet, moribund in die Klinik eingeliefert und gleich gestorben. Die Blutung hatte erst am Tage vorher angefangen. Graviditas mens. III, Uterus jedoch entsprechend dem VI. Monat vergrößert. Zwischen den meist kleinen Blasen überall flüssiges Blut. Die Uteruswand ist stark verdünnt, das Epithel der Zotten stark gewuchert, jedoch ist nirgendwo Invasion der Wand nachweisbar. Die Zotten sind überall von einer Schicht nekrotischen Gewebes umgeben, die Nekrose greift stellenweise, wo die Schleimhaut dünn ist, auf die Muskulatur des Uterus über. Die Schleimhaut ist ödematös, die Gefäße sind erweitert. An Stelle eines mit Blut gefüllten Raumes an der Uteruswand sind Decidua vera und reflexa gesondert zu sehen. Ursache der Molenbildung soll in abnormalem Verhalten des Chorion zu suchen sein. Die Ovarien zeigten cystische Veränderungen. — Makrosk. u. mikrosk. Bilder auf 2 Tafeln. *Lamers* (Amsterdam).

Ferguson, J. Haig: Unusual case of hydatidiform mole, dealt with by abdominal hysterectomy. (Ein ungewöhnlicher Fall von Blasenmole mit abdominaler Hysterektomie behandelt.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the British empire Bd. 24, Nr. 2, S. 98—103. 1913.

49jährige Frau — 3 Aborte — fing im dritten Schwangerschaftsmonat zu bluten an; mehr oder weniger konstantes Erbrechen; Ödeme; stark ausgedehnter Leib und Ascites. Kein Eiweiß im Urin. Innerhalb drei Wochen war sie fast völlig ausgeblutet und sehr heruntergekommen. Diagnose: Uterusmyom + Schwangerschaft oder Blasenmole. Wegen des Zustandes der Patientin und in Anbetracht ihres Alters supravaginale Hysterektomie. Der Uterus hatte die Größe eines im 6. Monat graviden (im ganzen gehärtet und in Schnitte zerlegt: makrosk. und mikrosk. Bilder auf 3 Tafeln; z. T. farbig). Maligne Invasion der Uteruswand ist nirgendwo nachweisbar. An einer Stelle ist die mit Blut angefüllte Uterushöhle erhalten, und sind Decidua vera und reflexa getrennt zu sehen. Die Gefäße sind stark ausgedehnt, und die Muskulatur ist überall ödematös. Die Ovarien zeigen nichts besonderes. Heilung. Nur vier ähnliche Fälle in der Literatur. *Lamers* (Amsterdam).

Ludwig, Fr.: Die Abortbehandlung. (*Geburtsh.-gynaekol. Univ.-Klin., Bern.*) Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. 5, H. 2, S. 184—194. 1913.

Ludwig teilt das Material der Berner Universitätsfrauenklinik aus den letzten 10 Jahren mit. Von 296 poliklinischen Aborten waren 223 fieberfrei, 72 fieberhaft. Von den ersteren zeigten 4% im weiteren Verlauf leichte Fiebersteigerungen. Von den fieberhaften fieberten 5 nach der Ausräumung weiter, nur einer zeigte ernstere Komplikationen, kein Todesfall. Von 326 klinischen Aborten 240 fieberfrei, 86 fieberhaft. Von den ersteren 10 nachher fiebernd, darunter einer mit Komplikationen. Von den fieberhaften 65 prompt entfiebert, 14 leicht weiter fiebernd, 4 ernstere Komplikationen, 3 Todesfälle. Gesamtmortalität bei fieberhaftem Abort 1,9%.

Therapie ist aktiv, digitale und instrumentelle Ausräumung. Schonende An-

wendung der Curette wird empfohlen. Neben frühzeitigem Eingreifen ist wichtig gründliche Desinfektion des Genitales (Jodtinktur). Bakteriologische Indikationsstellung wird zunächst abgelehnt. *Bondy* (Breslau).

Kingman, Rufus A.: The pernicious vomiting of pregnancy. (Das unstillbare Schwangerschaftserbrechen.) Americ. med. Bd. **19**, Nr. 8, S. 519 bis 531. 1913.

Kingmann bespricht zunächst die einzelnen Theorien des unstillbaren Erbrechens, die Reflex-, Neurosen- und toxämische Theorie. Von der letzteren ist nach seiner Ansicht das vorliegende Material noch nicht beweiskräftig genug, um überzeugend die übrigen Ansichten aus dem Felde zu schlagen. Das Aufstoßen und Erbrechen in der physiologischen Schwangerschaft ist seines Erachtens pathologisch und bedarf in jedem Falle dringender Abhilfe. Die Toxämie ist nicht die Ursache, sondern eine Begleiterscheinung bei schwereren Formen des unstillbaren Erbrechens. Nervöse Einflüsse dagegen erheischen eine größere Berücksichtigung, da sie zu diesen Erscheinungen mehr disponieren. Die wahre und allein ausschlaggebende Ursache liegt aber in Reflexstörungen, die ausgehen vom Uterus, gewöhnlich von der Cervix und vom inneren Muttermund. Verf. hat in 20 Jahren diese Beobachtungen sorgfältigst registriert und kommt lediglich auf Grund seiner Beobachtungen, Erfahrungen und der Behandlungsmethode zu seiner Behauptung. Kein Todesfall an unstillbarem Erbrechen. Es gehört zu dieser Behandlung eine sehr genaue Kenntnis und Untersuchungserfahrung der Verhältnisse des Peri- und Parametriums. Cervixrisse, Peri- und Parametritis mit Infiltrationen und Verdickungen der Lig. sacro-uterina usw., die eine starke Anteflexion oder Retroflexion des Uterus bedingen, müssen in erster Linie als auslösende Momente betrachtet werden und bedürfen eingehender Behandlung, die vom Verf. in Kniebrustlage ausgeführt wird. Einlegen besonderer Wolltampons mit einer antiseptischen (Petroleum) oder Ichthyolflüssigkeit oder von Luftbällen, die ungefüllt eingeführt, dann je nach der Lage der veränderten Partien des Parametriums usw. und der Lage des Uterus in der Vagina gelagert und aufgebläht werden, in die Scheide, so daß diese prall ausgefüllt wird, Kniebrustlage werden über längere Zeit anempfohlen und mit größter Strenge durchgeführt. *Penkert.*

Fabre et Trillat: Étude d'un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. Mort pendant le travail. (Fall von perniziöser Anämie in der Schwangerschaft. Tod in der Geburt.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 2, S. 84—86. 1913.

20j. Ip, von wachsbleichem Aussehen, Rasseln über den Lungen, systolischem Geräusch an der Herzspitze, Eiweiß im Urin. Durch Blutuntersuchung wurde die Diagnose perniziöse Anämie gestellt. Es bestand Fieber; Schwangerschaft im VIII. Monat. Die Kranke wurde mit Arsenik 8 Tage behandelt, dann traten Wehen auf; es wurde ein totes Kind mit Zange entwickelt. Gleich nach der Geburt verfiel die Kranke rasch und starb, bevor die Placenta geboren war. Die Autopsie zeigte eine hochgradige Anämie aller Organe und eine vergrößerte Milz. *Jaeger* (München).

Sauvage et Cl. Vincent: Anémie pernicieuse de la grossesse. (Perniziöse Anämie der Schwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 3, S. 156—166. 1913.

26jähr. IIIpara. 1909 allgemeine Gelenkschmerzen und später Schmerzen in der Lebergegend mit Ikterus, der längere Zeit anhielt. Letzte Periode Ende Juni 1911. In den ersten Wochen der Gravidität Erbrechen und blutiger Ausfluß, Gefahr der Unterbrechung, durch Hospitalaufenthalt gebessert. Im Dezember auffallende Blässe und Graufärbung der Haut. Untersuchung des Blutes ergibt 800000 rote Blutkörperchen. Leichte Temperatursteigerungen und Pulsbeschleunigung bis 120. Kakodylinjektionen brachten Besserung der Hautfärbung und des Allgemeinbefindens. Am 26. März 1912 Geburt eines faultoten ausgetragenen Kindes. In der Schwangerschaft waren 19 genaue Blutuntersuchungen angestellt. Erwähnt seien nur kurz: 15. Dezember 1911 rote Blutkörperchen 800000, weiße 30000, Hämoglobingehalt 15%. 16. März rote Blutkörperchen 720000, weiße 16 200, Hämoglobingehalt 40%. Nach der Entbindung stiegen die Zahlen der roten Blutkörperchen wieder an, die der weißen nahmen ab, so daß am 7. Dezember 1913 5600000—6000000 rote und 8500 weiße Blutkörperchen vorhanden waren und ein Hämoglobingehalt von 75%. Die im Dezember 1911 und Januar 1912 ausgeführte Wassermannsche

Reaktion war beide Male positiv. Es hat den Anschein, als ob die Beendigung der Schwangerschaft eine sofortige Besserung des Allgemeinbefindens und vor allem des Blutbildes gebracht hat, nachdem auscheinend ihr Eintreten zunächst in außerordentlich schwerer Weise die perniziöse Anämie, die schon bis zu einem gewissen Grade vorher bestanden, beeinflußt hat. Besonders hervorzuheben ist bei dem Falle aber die spontane Hämolyse der roten Blutkörperchen durch das eigene Serum, die sich kennzeichnete in ausgesprochener, anhaltender Urobilinurie und sehr dunkler Verfärbung der Kotmassen.

Diese Hämolysine stellen fraglos Autolysine dar, da sie in Kontakt mit anderen, menschlichen Blutkörperchen gebracht, hier keine Hämolyse hervorbringen. Das Serum der Kranken war für ihre eigenen Blutkörperchen toxisch in der Zeit, wo die Schwangerschaft die schweren Zeichen der perniziösen Anämie mit sich brachte, und in dem weiteren Verlauf fast während eines Jahres. Der wahre Grund für die Hämolyse ist wahrscheinlich in der vorhandenen Syphilis zu suchen, die in der Schwangerschaft für die Entstehung der Anämie verantwortlich zu machen ist. Obwohl eine spezifische Therapie nicht eingeleitet wurde, ist vor der Schwangerschaft durch Kakodylinjektionen fraglos eine Besserung der Beschwerden hervorgerufen, die aber nach Eintreten der Gravidität nicht angehalten, sondern erst nach Ablaufen derselben wieder eingesetzt hat. *Penkert* (Halle a. S.).

Lepage, G.: De la mort chez les choréiques pendant la grossesse. (Über Todesfälle in der Chorea gravidarum). Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 326—343. 1913.

1 persönlicher und 33 aus der Literatur gesammelte Todesfälle, trotz frühzeitiger Einleitung des Abortus. 5 Fälle, wo diese Operation einen guten Erfolg gehabt hat. Bei sehr heftigen Zuckungen, körperlicher und geistiger Unruhe, Beschleunigung des Pulses und Erhöhung der Temperatur, sowie morbillenähnlichem Ausschlag ist es besser, sofort die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Trotzdem folgt manchmal ein Exitus einer vorübergehenden Besserung. Erkrankungen des Endokards sind sehr oft vorhanden. *R. Chapuis* (Genf).

Füth, H.: Über die hohe Mortalität der Appendicitis in graviditate und ihre Ursachen. (*Gynaekol. Klin., Akad., Köln.*) Med. Klinik Jg. 9, Nr. 39, S. 1575 bis 1577. 1913.

Die hohe Mortalität der Appendicitis in der Gravidität (Gesamtmortalität der Appendicitis: 5,8%, in der Gravidität dagegen 25,3%; für operierte Fälle lauten diese Zahlen 14,6%: 23,7%; Mortalität der Kinder 41,6%—50,7%) ist bedingt zunächst in rein anatomischen Verhältnissen, indem oft schon in frühen Monaten, immer vom 3.—4. Monat das Coecum mit dem Processus vermiformis durch den wachsenden Uterus gehoben wird. Hierdurch wird bei Auftreten eitriger Abscesse verhindert, daß der Eiter sich nach dem Douglas senkt, sondern er muß sich von der rechten Beckenschaufel aus unter dem Rande des Dünndarmmesenteriums nach der linken Beckenschaufel hin ausbreiten oder er gelangt zwischen Blase und vorderer Bauchwand dahin, kann natürlich aber je nach dem Stande des Uterus noch in viel höheren Partien der Bauchhöhle gefunden werden. Eine weitere Gefahr besteht darin, daß es durch die Appendicitis, sei es durch die Temperatursteigerung an sich, sei es erst nach Infektion des Uterusinhaltes mit Absterben der Frucht zur vorzeitigen Geburt kommt. Durch die mit der Verkleinerung des Uterus eintretenden Lageveränderungen der Organe der Bauchhöhle wird in operierten Fällen die Ausheilung gestört, bei nicht operierten durch Lösung schützender Verwachsungen usw. der Eiter so über bis dahin nicht infizierte Abschnitte des Peritoneum gebracht und so der entzündliche Prozeß von neuem angefacht. Schließlich liegt die große Gefahr der Appendicitis in graviditate darin, daß die Beschwerden, da nicht an typischer Stelle vorgefunden, entweder von den Pat. selbst nicht als schwer angesehen oder auch vom Arzte nicht auf den Processus bezogen werden und so eine Frühdiagnose verhindert wird. Für die Behandlung selbst ist es wichtig, den veränderten anatomischen Verhältnissen Rechnung zu tragen und den Schnitt möglichst weit lateralwärts, das heißt wesentlich höher anzulegen. *Vaßmer* (Hannover).

Ferrari: Présentation d'un cas de cancer utérin au cours de la grossesse; hystérectomie 2 mois après l'accouchement. (Vorstellung eines Falles von Gebärmutterkrebs im Verlaufe einer Schwangerschaft. Hysterektomie zwei Monate nach der Entbindung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 573. 1913.

Ein großes Blumenkohlcarcinom wird 2 Wochen nach Partus im 7. Monat bei einer

33jährigen Frau entdeckt; zunächst Exkochleation. Nach weiteren 6 Wochen Wertheim, auffallend leicht auszuführen. Pat. ist 1 Jahr nach der Operation noch geheilt. *Bauer* (Berlin).

Waldo, Ralph: Uterine fibroids complicating pregnancy. (Komplikation der Gravidität durch Uterusfibrome.) New York State journal of med. Bd. 13, Nr. 1, S. 36—38. 1913.

Nichts Neues. *Mohr* (Berlin).

Geburt:

Harrison, F. C.: On the use of pituitary extract in obstetrics. (Über die Anwendung des Pituitrins in der Geburtshilfe). (*Pharmacol. laborat., univ., Toronto.*) Arch. of internal med. Bd. 12, Nr. 3, S. 323—330. 1913.

Auf Grund seiner Erfahrungen und unter eingehender Berücksichtigung der Literatur (1650 Fälle) kommt Verf. zu folgender Wertschätzung des Pituitrins in der Geburtshilfe. Pituitrin ist von großem Werte bei Wehenschwäche nach Erweiterung der weichen Geburtswege. Versager kommen hier wahrscheinlich noch seltener als in 1% zur Beobachtung. Je weiter die Geburt vorgeschritten ist, aber vor der Nachgeburtsperiode, um so besser ist die Wirkung. Die Gefahr für Mutter und Kind ist gering. In Kombination mit mechanisch wirkenden Methoden (Kolpeurynter) besitzt es großen Wert für Früh- und Fehlgeburten. Bei den ersteren genügt es oft für sich. Doch liegt besonders bei wiederholten Injektionen die Gefahr des Tetanus nahe. In der Nachgeburtszeit schließt seine Anwendung die Gefahr des Tetanus und der Placentarretention in sich. Bei Post-partum-Blutungen muß man auf einen ziemlich hohen Prozentsatz Versager gefaßt sein. Zum Schluß weist Verf. auf die Bedeutung des Pituitrins als Blasentonikum und als Stimulans für die Milchsekretion hin.

Vaßmer (Hannover).

Ferré: Musculature inusitée du tiers supérieur du vagin. Dystocie. (Ungewöhnliche Muskulatur des oberen Scheidendrittels. Geburtshindernis.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 288—290. 1913.

Ein im oberen Scheidendrittel befindlicher, ringförmiger Wulst, der während der Wehen hart wird und stärker vorspringt, legt sich als Diaphragma vor den Kopf und macht schließlich Zange notwendig. Die Sektion der an Peritonitis gestorbenen Mutter ergibt einen Muskelring, dessen Fasern teils zur Hinterfläche des Schambeins und zu den Scham- und Sitzbeinästen, teils zur Seitenwand des Beckens ziehen. *Bauer* (Berlin)

Rouvier, Jules: Pelviviciation. Sphacèle génital ante-partum. Infection amniotique. Basiotripsie. Crochet axillaire. Guérison. (Fehlerhaftes Becken. Genital-Gangrän vor der Geburt. Infektion des Fruchtwassers. Basiotripsie. Achselhacken. Heilung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 449—452. 1913.

Enges Becken; vor 5 Tagen Wehenbeginn; vor 4 Tagen Blasensprung; totes Kind; Ödem der vorderen Muttermundslippe, brandige Stellen auf der hinteren; fötides Fruchtwasser; Albumen; Ödem der unteren Gliedmaßen. Basiotripsie. Entwicklung der hinteren Schulter mit Rouvierschem Achselhacken. Künstliche Placentarlösung. Fieberhaftes Wochenbett, während dessen die ganze Portio gangränös wird; endliche Heilung unter Verlust des Collum uteri. *Bauer* (Berlin).

Bilsted, E.: Vorfall beider Unterextremitäten neben dem Kopfe. (*Howitz' Entbindungsanst., Frederiksberg, Dänemark.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 37, Nr. 38, S. 1398 bis 1399. 1913.

30jährige Ipara mit normalen Beckenmassen. Vor 14 Monaten Fehlgeburt im 3. Monat. 2 Tage vor Aufnahme in die Entbindungsanstalt ist sie nach Abfluß des Fruchtwassers zu Hause umhergegangen; in der Anstalt 24 Stunden gute Wehen. Innere Untersuchung ergibt Vorfall des linken Fußes, der nach Vorziehen in die Vulva wieder zurückschnellt. Nochmalige Exploration zeigt den Kopf in zweiter Hinterkopflage zwischen beiden Füßen, Zehen nach vorn gerichtet. Extraktion mittels Breusscher Zange gelingt leicht; Kind, 2850 g schwer, ist tot.

Bilsted betont die Seltenheit einer solchen „Akrobatenlage“ und weist auf v. Franqué hin, der in v. Winkels „Handbuch der Geburtshilfe“ den Vorfall beider Unterextremitäten neben den Kopf bei ausgetragenem Kind zu den „großen geburtshilflichen Seltenheiten“ zählt. Als Ursachen der abnormen Kindslage werden, da andere

Momente, wie Mehrgeburten, Hydramnios, Beckenenge, Zwillingsschwangerschaft, Gebärmutterfehler ausscheiden, der frühe Abgang des Fruchtwassers und das darauffolgende Umhergehen der Gebärenden als wahrscheinlich hingestellt. Auf die Schwierigkeit der Diagnose und vor allem auf die der Entbindung, die in solchem Falle nur in Zange oder Perforation bestehen kann, wird besonders hingewiesen. Ursache des Kindstodes ist nach B. die straffe Umschlingung der Nabelschnur um Arm und Becken. Die Kindersterblichkeit, die unter diesen Verhältnissen immer groß ist, wird nach v. Franqué verschiedenerseits auf 25, 42—69% angegeben. *Bonzel* (Olpe).

Andérodias, J., et R. Brandeis: Mort du foetus par torsion exagérée du cordon. (Tod des Foetus durch Abdrehung der Nabelschnur.) Journal d. sages-femmes Jg. **41,** Nr. 17, S. 323—324. 1913.

Tod der Frucht im achten Monat der Schwangerschaft. Ursache übermäßige Torsion der Nabelschnur etwa 5—6 cm vom Kinde entfernt. Nabelschnur von hier bis zum Nabel auf Bindfadendicke zusammengedreht. Mikroskopisch: Obliteration beider Arterien. *Rath.*

Le Lorier, V.: Dystocie par excès de volume du foetus; accouchement prématuré provoqué (étude de deux observations). (Dystokie durch übermäßige Entwicklung des Kindes; künstliche Frühgeburt [zwei Beobachtungen].) Journal d. sages-femmes Jg. **41,** Nr. 17, S. 324—325. 1913.

Verf. hat in zwei Fällen die künstliche Frühgeburt eingeleitet, wo früher durch übermäßige Entwicklung der Kinder Störungen unter der Geburt eingetreten waren. (Die früheren Kinder sollen in beiden Fällen 7 kg gewogen haben.) Die Größe des Kindes und damit der Zeitpunkt zur Einleitung der Frühgeburt ist nur durch äußere Palpation bestimmt worden. Beide Kinder leben. *Rath* (Hannover).

Hiden, J. H.: Irregular uterine contractions in labor. (Unregelmäßige Uteruszusammenziehungen unter der Geburt.) Virginia med. semimonthly Bd. **18,** Nr. 11, S. 269—272. 1913.

3 eigene Fälle, deren erster durch Morphin geheilt wurde. Dann berichtet er von einer 23jähr. Multipara, die im 5. Graviditätsmonat mit lebhafter Blutung und äußerst schmerzhafter tonischer Kontraktion des Uterus erkrankte. Es handelte sich um eine fest adhärierende Placenta praevia, die zunächst 2 Wochen mit Opiaten behandelt, dann aber wegen einer neuerlichen analogen Attacke operativ entbunden wurde. Autor stellt den Satz auf, daß tonische Uteruskontraktionen im 5. Schwangerschaftsmonat vergesellschaftet mit uteriner Blutung immer auf Placenta praevia hinweisen. Schließlich Bericht über einen 3. Fall ebenfalls eine Multipara im 5. Schwangerschaftsmonat. Hiden wurde in diesem Falle wegen eines akuten höchst bedrohlichen Collapses im Beginn der Geburt gerufen. Links neben dem Uterus schien ein abgesonderter cocosnußgroßer Tumor durch die Bauchdecken sichtbar und fühlbar, so daß H. an eine Tubenruptur dachte; doch erwies die Untersuchung, daß dieser Tumor ein Teil des schwangeren Uterus war, und daß es sich um eine falziforme tetanische Konstriktion des Uterus handelte; der Krampf konnte gelöst werden durch Morphium-Atropininjektion und Anwendung des faradischen Stroms. Dann spontaner Verlauf des Abortes. *Hannes* (Breslau).

Harper, Paul T.: Uterine inertia. (Über Wehenschwäche.) Albany med. ann. Bd. **34,** Nr. 9, S. 535—543. 1913.

Eingehende Besprechung der Wehenschwäche, ihrer mannigfachen Ursachen, Folgen und Behandlung. Verf. ist noch zurückhaltend in seinem Urteil über Pituitrin und hält seine Anwendung nur in der Austreibungszeit als Ersatz der Zange am tiefstehenden Kopf indiziert. *Laubenburg* (Remscheid).

Audebert, Berny et Laurentie: Un grave traumatisme obstétrical: double perforation du vagin et de la vessie ayant entraîné la mort par hémorragie secondaire. (Eine schwere geburtshilfliche Verletzung: doppelte Perforation der Vagina und der Blase, die den Tod durch sekundäre Hämorrhagie zur Folge hatte.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 5, S. 522—524. 1913.

28jährige Ipara mit plattem und am Beckeneingang allgemein verengtem Becken wurde von einem Arzt mit 4stündigen Zangenversuchen malträtiert. Pat. ging zugrunde an einer allgemeinen Sepsis, zum Schluß hauptsächlich durch eine ausgehende Hämorrhagie aus zwei zerrissenen Gefäßen an der seitlichen Scheidenwand. Es fand sich bei der Sektion neben stärkstem Ödem der Vulva Gangrän der ganzen Scheide, eine Perforation an der rechten Seite der Vagina, die bis zum Os ilei für den Daumen durchgängig war, am Blasengrunde eine Perforation von der Größe eines Zweifrankstücks mit gangränösen zerrissenen Rändern. *Penkert.*

Lombardo, Antonino: Il mio compressore dell'aorta addominale nelle emorragie ostetriche in sostituzione del laccio elastico alla Momburg. (Mein Kompressor der Abdominalaorta bei Geburtsblutungen als Ersatz des Momburgschen Schlauches.) Arch. ital. di ginecol. Jg. **16,** Nr. 8, S. 185—192. 1913.

Im Gegensatz zu Momburgs elastischer Totalumschnürung des Leibes zwecks Stillung schwerer Geburtsblutungen, hat Verf. bereits 1911 einen einfachen und handlichen Apparat konstruiert, welcher aus drei, durch Schrauben rechtwinkelig zu montierenden Metallstangen besteht, die dem Körper rasch angepaßt und fixiert werden können. Von oben wird durch Schraubentrieb eine Pelotte gesenkt und schonend auf die Aorta abdom. soweit gepreßt, bis der Femoralpuls stillsteht. Die isolierte Kompression der Aorta abd. verdient gegenüber der kompletten Taillenumschnürung den Vorzug, weil Schädigungen von Herz, Darm, Blase ausgeschlossen sind. *Gattorno* (Triest).

Ferré: Deux cas d'inversion utérine (renversement de la matrice) chez des vaches. (Zwei Fälle von Inversio uteri bei Kühen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 6, S. 592—594. 1913.

Bei 2 Kühen (von derselben Mutter, jedoch verschiedenem Vater stammend, I-parae) gleich nach Spontanentbindung unter heftiger Kontraktion der Bauchwand Inversio uteri, die sich nach jedesmaliger Reposition bei der einen Kuh 5 mal, bei der anderen 3 mal wiederholte. Bei der einen zugleich Rectumprolaps. Die eine Kuh wurde wieder trächtig, bekam im 4. Monat Uterusprolaps und mußte geschlachtet werden. Keine der für die menschliche Inversio uteri angegebenen Ursachen war gegeben. Ferré glaubt an eine individuelle, angeborene, noch unbekannte Ursache. *Bauer* (Berlin).

Lequeux et R. Dupont: Discussion sur la question de l'entérostomie contre les accidents péritonéaux consécutifs à l'opération césarienne. (Diskussion über die Frage der Enterostomie gegen peritoneale Erscheinungen nach Sectio caesarea.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 2, S. 30—42. 1913.

H. H. Lequeux und R. Dupont berichten über eine 43jährige IV. Gravide, die mit Abortus incompletus und Peritonitis in Behandlung kam. Ausräumung von Eiresten mit Curette, Laparotomie, Drainage. Wegen Undurchgängigkeit des Darmes am nächsten Tage Enterostomie. Heilung. Ref. betonen, daß die Enterostomie, um Erfolg zu haben, 2—3 Tage nach Beginn der Erscheinungen vorgenommen werden muß. Der Darm soll zuerst entleert und dann erst fixiert werden, wenn er auf seinen normalen Umfang zurückgekehrt ist. H. Lepage berichtet über eine 28jährige I. Para mit verengtem Becken. Vorzeitiger Blasensprung. 40 Stunden später Sectio caesarea conservativa. Nach 6 Tagen wegen Darmparese Enterostomie, bei der keine ausgesprochene Peritonitis erkennbar ist. Nach 2 Tagen Exitus. Er meint, daß es besser gewesen wäre, nach der Sectio den Uterus zu entfernen, da dieser die Quelle der Infektion gewesen sein dürfte. H. Auvray fragt, ob eine einzige Incision den geblähten Darm entleeren kann, ob es nicht besser ist, mehrere Incisionen zu machen, und wo diese anzulegen wären, ferner ob man die erst gesetzte Laparotomiewunde gleich für die Enterostomie benutzen könne. H. A. Pinard hält die Enterostomie für das richtige Palliativmittel gegen den peritonitischen Darmverschluß, hingegen für nicht indiciert bei akuter Peritonitis, die nicht vom Darme ausgeht. Die Enterostomie am Ende des Dünndarmes ist der am Coecum vorzuziehen. Sie ist möglichst bald nach Ausbruch der Erscheinungen vorzunehmen, kann aber auch noch in einem späteren Stadium guten Erfolg haben. H. Dupont antwortet H. Auvray, daß auch noch so zahlreiche Incisionen den vollkommen gelähmten Darm nicht entleeren können, doch ist der Darm in den ersten drei Tagen, die eben die Zeit für die Enterostomie sind, mehr paretisch als paralytisch und erholt sich nach einer einzigen Incision meist prompt. Es ist besser, zwei Laparotomieschnitte anzulegen, einen für die Drainage, einen für die Enterostomie. H. Bender berichtet über eine wegen vollständigen Darmverschlusses drei Tage nach Ligamentopexie vorgenommene Enterostomie. Heilung. Die Enterostomie ist ein vorzügliches Heilmittel bei peritonitischem Ileus, solange der Darm noch nicht vollkommen gelähmt ist. Am 4. Tage kommt sie meist schon zu spät. Dann nützen auch mehrere Incisionen nichts mehr. H. Sauvage: Die multiple Enterostomie ist nur bei partiellen und mehrfachen Darmparalysen, wie z. B. nach Reposition einer incarcerierten Hernie, auszuführen. Der Vorteil der einfachen Enterostomie liegt in dem Minimum des durch sie bedingten Operationsshockes. Bei der allgemeinen Darmparalyse genügt die Eröffnung des Coecum, um die Darmfunktion wieder herzustellen. Sie hat auch den Vorteil geringerer Ernährungsstörung gegenüber der an einer zu hoch gelegenen Dünndarmschlinge ausgeführten Enterostomie. *Freund* (Wien).

Gilles, R.: Césarienne vaginale pour sténose du col chez une éclamptique. (Vaginaler Kaiserschnitt wegen Stenose des Collums bei einer Eklamptischen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 5, S. 528—530. 1913.

Nach vergeblichen Dehnungsversuchen mit Hegarschen Dilatatorien, Bossischem In-

strument und Einlegen eines Metreurynters vordere und hintere Hysterostomatomie. Entwicklung des Kindes durch Kraniotomie nach vergeblichem Zangenversuch. Glücklicher Ausgang für die Mutter. Einige Monate nach der Geburt läßt sich am Muttermund keine Spur des vorhergegangenen Eingriffs mehr nachweisen. *Engelhorn* (Erlangen).

Herzberg, E.: Eine neue Abortuszange. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 38, S. 2120—2121. 1913.

Die Hohlflächen der Löffel sind an ihrem äußeren Rande von einem Wulst umgeben, welcher verhüten soll, daß die Uteruswandung selbst von dem Instrument erfaßt wird. Die Zange hat sich auch noch in den vorgeschritteneren Schwangerschaftsmonaten als gefahrlos erwiesen. (Firma Windler, Berlin.) *Holste* (Stettin).

Oui: Opération césarienne pour rigidité du col. Mort par embolie pulmonaire. (Kaiserschnitt wegen Starrheit der Cervix; Tod an Lungenembolie.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 466—468. 1913.

Junge Erstgebärende; nach mehrtägigem Kreißen völlige Rigidität des äußeren noch nicht für einen Finger durchgängigen Muttermundes und der Cervix, zunehmendes Ödem dieser Partien. Klassischer Kaiserschnitt, Drainage der Uterusnaht. Exitus am 2. Tage p. op. an Lungenembolie.

Wäre die Porrosche Methode gewählt worden, so wäre dies für die junge Frau gleichbedeutend mit bleibender Sterilität gewesen; vaginaler Kaiserschnitt hätte in dem rigiden, ödematösen Gewebe des Halsteiles zu großen Zerreißungen und verhängnisvoller Narbenbildung führen können. In solchen Fällen bleibt nach Ouis Meinung der klassische Kaiserschnitt mit Drainage der einzig gangbare Weg. *Hannes.*

Wochenbett:

Audebert et Etchevers: De la tension artérielle pendant la montée du lait. (Über den arteriellen Blutdruck zu Beginn der Milchsekretion.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 309—314. 1913.

Mit dem Beginn der Milchabsonderung erhöht sich der arterielle Blutdruck, der ja nach der Steigerung in der Geburt gewöhnlich unter die Norm gefallen. Nach Eintritt des geregelten Stillgeschäftes sinkt die Kurve wieder zu der Höhe, die nach der Entbindung bestanden. *Mohr* (Berlin).

Caille, A.: The management of mother and infant in case of tardy or inadequate lactation. (Die Behandlung von Mutter und Kind im Falle träger oder ungenügender Milchabsonderung.) Post-graduate Bd. 28, Nr. 9, S. 795 bis 802. 1913.

Nichts Neues. *Mohr* (Berlin).

Kleinhans, F.: Klinischer Beitrag zur Kenntnis vom Puerperalprozeß, hervorgerufen durch Streptococcus viridans. (*Dtsch. Frauenklin., Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 38, S. 527—529. 1913.

Sepsis nach angeblich spontanem Abort mens. IV. Am 3. Tag Schüttelfrost und Fieber. Dauer 18 Tage. Aus dem Blute zweimal Strept. viridans gezüchtet, kurz vor dem Tode starke Keimabnahme im Blut. Vom 15. Tag an Erscheinungen einer transversalen Myelitis. Parese und Anästhesie beider Beine, Incontinentia alvi et urinae. Ausgedehnte Haut- und Schleimhautblutungen. Obduktion: puerperaler Uterus, eitrige Pelviperitonitis, frische Endokarditis, zahlreiche Embolien. Circumscripte eitrige Meningitis des Kleinhirns, massenhaft Abscesse und Erweichungsherde im ganzen Zentralnervensystem, in denen Kokken nachweisbar waren. *Bondy* (Breslau).

Sachs, E.: Bemerkungen zu der Arbeit von Carl Römer „Über Bakteriämie bei Aborten und ihre Bedeutung in klinischer und theoretischer Beziehung". (*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 2, H. 1, S. 137—147. 1913.

Prioritätsanspruch und kritische Polemik. Keime sind sofort nach Ausräumung im Blut, verschwinden rasch. Schüttelfrost erst mit dem Absterben derselben. Kultur gibt zu kleine Zahlen, weil Nährböden ungünstig. Streptokokken und Koli bedingen am schnellsten Schüttelfrost. Bei Aborten sind sie seltener; die kriminelle Ätiologie erklärt es, daß auch weniger pathogene Keime Eingang finden. Mechanisches Ein-

pressen in die Blutbahn ist möglich, doch hält Sachs auch an Resorption fest. Hauptsache sei, daß die Keime passiv ins Blut gelangen. Man darf sie nicht deshalb, weil sie im Blut gefunden werden, schon für pathogen erklären. *Kermauner* (Wien).

Laffont: Un cas de phlegmon du ligament large traité par l'air chaud. (Ein Fall von mit heißer Luft behandelten Phlegmone des Ligamentum latum.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 453—454. 1913.

Sofort nach der Geburt bekam die Pat. heftige Schmerzen in der Fossa iliaca dextra. Temperatur stieg bis 40. Es bildete sich ein Tumor, der den Nabel bald überschritt. Ein Monat lang Therapie mit Eis und warmen Umschlägen ohne Erfolg. Dann heiße Luft (130) mit dem Bierschen Apparat. Rasche Heilung in 12 Tagen. *R. Chapuis* (Genf).

Foetus und Neugeborenes:

Mazoyer, E.: Le livret sanitaire du nourrisson et du petit enfant. (Das Gesundheitsbüchlein des Säuglings und des kleinen Kindes.) Prov. méd. Jg. 26, Nr. 38, S. 413—417. 1913.

Verf. hofft die hohe Kindersterblichkeit herabzumindern durch die Einführung von Gesundheitsbüchlein, in denen die Eltern, Pflegerinnen und behandelnden Ärzte alle das körperliche Befinden des Kindes (bis zum 6. Jahre) betreffenden Tatsachen zu vermerken haben. Die physische Entwicklung des gesunden Kindes wird in diesem Buch für die einzelnen Lebensjahre durch graphische Darstellung erläutert, und die wichtigsten Bemerkungen über Kindererziehung, allgemeine Hygiene und Prophylaxe der ansteckenden Kinderkrankheiten sollen zur weiteren Aufklärung dienen. *Holste.*

Moussous, André, et Eugène Leuret: Le sevrage normal. (Das normale Entwöhnen). Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 21, Nr. 9, S. 257—268. 1913.

Man soll entwöhnen, wenn die mütterliche Milch die genügende Nährkraft nicht mehr besitzt. Dies geschieht gewöhnlich zwischen dem 12. und dem 15. Monate. Besser tut man, wenn man das Entwöhnen schon im 8. Monate anfängt. Allmählich soll Mehlsuppe oder Kuhmilch an Stelle der Muttermilch treten. Nach 14 Tagen 2 Suppen. Später werden die Mahlzeiten seltener und reichlicher. 9. Monat: 6 Mahlzeiten mit 2 Suppen. 10. Monat: 3 Suppen usw. Im 12. Monat 5 Mahlzeiten und vollständiges Entwöhnen. Der Arzt soll den Nährwert der verschiedenen Speisen und ihre Verdaulichkeit kennen und bei Störungen sofort zur mütterlichen Milch zurückgreifen, bis der Säugling sich ganz an die künstliche Nahrung gewöhnt hat. Die Zahnperiode ist keine Kontraindikation, dagegen wohl die Sommerhitze (Juli, August, September). *R. Chapuis* (Genf).

Langmead, Frederick: On the value of citrated whole milk in infant feeding. (Über den Wert der Citratvollmilch in der Säuglingsernährung.) Americ. med. Bd. 19, Nr. 6, S. 368—373. 1913.

Verf. hält an der Auffassung fest, daß die Schwierigkeiten der künstlichen Ernährung des Säuglings sich in erster Linie aus der grobflockigen Eiweißgerinnung der Kuhmilch ergeben. Die Bildung der harten Caseinbröckel beruhe auf dem größeren Caseingehalt der Kuhmilch, vor allem aber auf dem höheren Gehalt an Kalksalzen. Durch Zusatz von Natriumcitrat, das in Wasser leicht löslich ist, zur Kuhmilch läßt sich die Bildung der groben Caseingerinnsel verhindern. Mit einer solchen Citratvollmilch erzielte Verf. sehr gute Ernährungserfolge. Er begann damit bereits in der dritten Lebenswoche; vom sechsten Monat ab reichte er die Vollmilch dann ohne den Citratzusatz. Verf. sieht in der frühzeitigen Ernährung mit Vollmilch, sofern sie nur durch das Citrat leichter verdaulich gemacht ist, eine Reihe von Vorteilen. Sie ist nur in den Fällen nicht anzuwenden, wo Milch überhaupt nicht vertragen wird, oder wo Intoleranz gegen Fett besteht, ferner nicht bei den Sommerdiarrhöen. Bestehende Obstipation wird durch Citratmilch nicht behoben. *Calvary* (Hamburg).[K]

Forsyth, David: Observations on breast feeding. (Beobachtungen über Brusternährung.) Americ. med. Bd. 19, Nr. 6, S. 373—377. 1913.

Aus der Erwägung heraus, daß wir über die Nahrungsmengen eines gesunden Brust-

kindes nur wenig unterrichtet seien (von den Arbeiten deutscher Autoren über diese Frage wird keine Notiz genommen), teilt Verf. eine Beobachtung mit, ein Brustkind der besseren Stände betreffend, dessen Nahrungsaufnahme bei den einzelnen Mahlzeiten vom 5. bis 49. Lebenstage regelmäßig durch Wägung festgestellt wurde. Aus den gewonnenen Zahlen ergibt sich, daß die Größe der einzelnen Mahlzeiten mannigfachen Schwankungen unterliegt, für die Verf. keine Erklärung findet, die jedoch von der Art und Menge der von der Mutter aufgenommenen Nahrung ganz unabhängig sind. Ferner ergibt sich die (nicht ganz unbekannte) Tatsache, daß man aus der Größe einer einzigen Mahlzeit nicht auf die Größe der getrunkenen Tagesmenge schließen kann.

Calvary (Hamburg).[K]

Steinitz, Franz, und Richard Weigert: Erfahrungen mit Molkensuppe bei Säuglingen. (*Städt. Milchküchen 1 u. 2. Breslau.*) Monatsschr. f. Kinderheilk., Orig. Bd. **12,** Nr. 5, S. 243—260. 1913.

Die Erfolge Stoltes mit seiner Mondaminbuttermilch als fettarmer Heilnahrung bei akuten Ernährungsstörungen konnten die Verff. bestätigen. Die Unmöglichkeit jedoch, zu jeder Zeit eine einwandfreie Buttermilch zu bekommen, sowie auch die Tatsache, daß manche Kinder die Buttermilchsuppe ihres sauren Geschmacks wegen ablehnen, veranlaßte die Verff. die schon seit langem geübte Molkentherapie in neuer Modifikation, analog den Angaben Stoltes, zu versuchen. Die unverdünnte Molke mit 4% Mondaminzusatz wird von den Kindern gern genommen und ist geeignet, Durchfälle schnell zu beseitigen, ohne daß die Kinder durch größere Wasserverluste in ihrem Körpergewicht zu sehr herunterkommen. Meist wurden nur 2 bis 3 Mahlzeiten Molkensuppe neben 3 bis 2 Milchverdünnungen verabreicht. Sobald die Stühle in Zahl und Konsistenz einen Erfolg anzeigten — gewöhnlich schon nach 24 Stunden, spätestens am 3. Tage —, wurde mit dem Zusatz von Zucker begonnen; blieben die Stühle mehrere Tage noch dünnbreiig, wenn auch homogen und geringer an Zahl, so wurde statt des Rohrzuckers Soxhlets Nährzucker zugesetzt. Die Mondaminmolkensuppe stellt nicht nur bei den akuten, sondern auch bei den chronischen Ernährungsstörungen, die akute Exacerbationen befürchten lassen, eine erfolgreiche Heilnahrung dar; sie eignet sich ferner zur Ernährung Neugeborener und Säuglinge im ersten Lebensmonate. In Fällen von vermehrten, gehackten grünen Stuhlentleerungen beim Brustkinde dagegen wurde mit der Zufütterung von Molkensuppe meist kein Erfolg erzielt. Die Mitteilungen werden durch 14 Kurven nebst Krankengeschichten illustriert. *Calvary* (Hamburg).[K]

Bradley, William N.: What can be done to prevent milk poisoning? (Was kann geschehen, um der Vergiftung durch Milch vorzubeugen?) Arch. of pediatr. Bd. **30,** Nr. 7, S. 519—528. 1913.

Die gewöhnliche rohe Marktmilch ist häufig infolge ihres Keimgehaltes ungeeignet zur Säuglingsernährung. Durch Pasteurisierung kann eine infizierte Milch brauchbar gemacht werden; doch ist die Pasteurisierung nur ein Aushilfsmittel. Verf. fordert, der Staat solle durch bezügliche Gesetze und wirksame Kontrolle die Produktion einer einwandfreien Milch durchsetzen. *Calvary* (Hamburg).[K]

Vincent, Ralph: On pasteurized milk and its effects. (Über pasteurisierte Milch und ihre Wirkung.) Americ. med. Bd. **19,** Nr. 6, S. 365—368. 1913.

Die Pasteurisierungsmethode ist keine einheitliche; je nach Höhe und Dauer der Erhitzung wird die Bakterienflora der Milch in verschiedener Weise beeinflußt. Regelmäßig jedoch ergibt sich nach der Pasteurisierung, daß, wenn die pathogenen Keime zerstört werden, auch die typischen Mikroorganismen der reinen Milch geschädigt werden, der Streptococcus lacticus und der Lactobacillus. Das Bakterienwachstum in pasteurisierter Milch, die bei Bluttemperatur gehalten wird, ist ein ganz anderes, als das in roher Milch bei gleichen Temperaturgraden. Organismen, die in pasteurisierter Milch wachsen, können in roher Milch nicht aufkommen, desgleichen auch nicht im Darmkanal eines mit roher Milch ernährten Säuglings. Die Gärungserreger gedeihen

am besten in Rohmilch; im Darme eines mit pasteurisierter Milch genährten Säuglings müssen sie den proteolytischen Keimen weichen, und es kommt zu akuten oder chronischen Störungen, zur Kolontoxämie. Verf. hat derartige Störungen in 3 Fällen durch Darreichung von roher Milch und von Reinkulturen der Gärungserreger erfolgreich behandelt. Der Lehre, daß Milch durch Pasteurisierung aus einer schädlichen in unschädliche verwandelt wird, kann Verf. nicht beistimmen. *Calvary* (Hamburg).K

Philippson, Paula: Über die Entwicklung junger Säuglinge bei künstlicher Ernährung. Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **12**, Nr. 4, S. 157—176. 1913.

Verf. gibt einen Überblick über die Ernährungsweise und Ernährungsresultate von 23 Säuglingen, die im Jahre 1912 innerhalb ihres ersten Lebensmonats in ihre Säuglingsberatungsstelle gebracht wurden, zur Zeit ihrer Einbringung ausschließlich künstlich ernährt wurden und länger als 2 Wochen von ihr beraten waren. Als Ausgangsnahrung wurde meist Kuhmilch und eine Zuckerlösung gewählt, seltener Kuhmilch und eine gezuckerte Haferschleimabkochung. Als Zucker diente teils Rübenzucker, teils Soxhletscher Nährzucker. Die Zuckerart schien ohne Einfluß auf Zunahmen und Entwicklung der Kinder. Nach einigen Wochen wurde regelmäßig zur Zugabe von Hafer-, schleimabkochung übergegangen. Die Veranlassung, Wasser durch Schleim zu ersetzen gab entweder eine zunehmend trockene Beschaffenheit des Stuhlgangs oder ein Abflachen der Gewichtskurve. Die Erfolge dieser einfachen Ernährungsweise in den ersten Lebenswochen waren so gute, daß kompliziertere Gemische, wie Buttermilch, Malzsuppe u. a., gar nicht erforderlich schienen. Die guten Erfolge im Vergleich zu den Anstaltserfolgen bei derartiger Ernährung führt Verf. auf die Nichtbeachtung leichter dyspeptischer Erscheinungen bei leichten parenteralen Infektionen zurück. Die Dosierung wurde nach folgenden Grundsätzen geregelt: Für jedes Kind wurde betreffs der Milch die Budinsche Zahl, 100 g Milch pro 1 kg angestrebt, bei den ersten Beratungen zunächst bedeutend unterschritten. Die Verdünnung geschah so, daß in den ersten Lebenswochen ca. $^1/_5$ des Körpergewichts, später ca. $^1/_6$—$^1/_7$ an Flüssigkeit zugeführt wurde. Dabei wurde aber der Appetenz des Kindes, in engen Grenzen, Rechnung getragen. Mit ganz wenigen Ausnahmen wurde an 5 Mahlzeiten in 24 Stunden mit 4stündigen Pausen festgehalten. Die Kurven sämtlicher Kinder werden mitgeteilt. Zwei von den 23 Kindern sind gestorben. Weitere Einzelheiten müssen im Original studiert werden. Die Beobachtungen zeigen jedenfalls, was wohl jedem an Säuglingsberatungsstellen und Milchküchen tätigen Arzte eine geläufige Erfahrung sein dürfte, daß man Säuglinge mit einfachen Milchmischungen zu gutem Gedeihen bringen kann. Eine kleine Tabelle zeigt ferner die günstige Einwirkung der prophylaktischen ärztlichen Beratung auf die Säuglingssterblichkeit in Frankfurt a. M. in den Jahren 1911 und 1912. 1911 wurden 9209 Kinder geboren mit 12,4% Mortalität im 1. Jahr. Davon waren 2578 in Beratungsstellen mit 4,6% Mortalität. 1912 wurden 8984 Kinder geboren mit 10,2% Mortalität im 1. Lebensjahr. Davon waren 3631 Kinder in Beratungsstellen mit 2,5% Mortalität. *Ibrahim* (München).K

Fruhinsholz, A.: Présentation d'un tire-lait biberon. (Demonstration einer Milchsaugflasche.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 4, S. 395—396. 1913.

Gewöhnliche, graduierte Glasflasche, an der Seite ein gläsernes, abnehmbares Glasventil zum Aufsetzen auf die Brustwarze, auf dem Halse ein gläserner Aspirationspfropf, an dem ein Aspirateur nach Rohan angeschlossen oder auch mit Ansaugen die Luftverdünnung in der Flasche erzielt werden kann. Nach Einlaufen der Milch tritt an Stelle des Seitenglasventils ein solider Glaspfropf, an Stelle des Aspirationspfropfes ein gewöhnlicher Gummisaugpfropf. *Mohr* (Berlin).

Reid, Douglas G.: Studies of the intestine and peritoneum in the human foetus. P. 6. (Studien über Eingeweide und Bauchfell beim menschlichen Foetus.) Journal of anat. a. physiol. Bd. **47**, T. 4, S. 486—509. 1913.

Eingehende, durch zahlreiche instruktive Abbildungen belegte Untersuchungen über die Topographie des Duodenum sowie die Genese der in dieser Gegend und am

Pankreas vorkommenden Peritonealfalten bzw. Gruben und Recessus; außerdem werden verschiedene Variationen am Dünn- und Dickdarm besprochen, die infolge von Raummangel oder Wachstumshindernissen auftreten können. Reid fand stets bestätigt, daß zwei normale, endothelbekleidete Oberflächen des Bauchfells beim Foetus miteinander verkleben können, sowie daß außer der Vererbung auch mechanische Momente bei der Entstehung dieser organischen Gebilde mitspielen müssen.

Zieglwallner (München).[CH]

Addison, William H. F., and Harold W. How: On the prenatal and neonatal lung. (Die Lunge vor und nach der Geburt.) (*Anat. laborat., univ., Pennsylvania.*) Americ. journal of anat. Bd. **15,** Nr. 2, S. 199—214. 1913.

Autor weist an Tierversuchen nach, daß während des intrauterinen Lebens die Atemwege mit einer Flüssigkeit gefüllt sind, die bei den ersten Atembewegungen in die Alveolen eindringt, an deren Wänden sie ein Präcipitat in Form von fein granulierter Substanz zurückläßt. Gleichzeitig treten große mononucleäre Zellen, wahrscheinlich Phagocyten, auf. Auch bei Neugeborenen zeigen sich diese Erscheinungen. Vor dem Eintritt der Atmung ist das Epithel der Alveolen kubisch mit runden Kernen, nachher infolge der Ausdehnung der Alveolenwände flach mit weiter auseinanderstehenden Kernen. Das Mesenchym erscheint dichter, die Blutgefäße deutlicher. Die Fläche des Lungengewebes, die bei Hundeföten 70—80% der Gesamtfläche beträgt, sinkt nach 1stündigem Atmen auf 40—60, nach 2stündigem auf 20—30%. *Mohr.*

Lövegren, Elis: Erfahrungen und Studien über Melaena neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **78,** H. 3, S. 249—277. 1913.

Verf. berichtet von drei mikroskopisch untersuchten Fällen von Melaena. Der erste hatte in der Magenschleimhaut überall reichliche (ewa 150) scharf abgegrenzte, runde oder ovale Substanzverluste, mikroskopisch der Drüsenschicht angehörend. In dem pathologisch-anatomischen Bild dominieren die Blutungen im Verdauungskanal, dann auch in Nebennieren und Lungen. v. Preuschen hat solche im Gehirn, Anders in der Blasenschleimhaut festgestellt. In der Boije-Parviainenschen Anstalt mit einer Entbindungsziffer von 4378 ist die Melaenafrequenz 1:486. Die Krankengeschichten der 10 Fälle zeigen folgendes: Bei keinem konnte Hämophilie oder Melaenafälle in der Aszendenz nachgewiesen werden, in nur einem Fall hatte die Mutter in der Schwangerschaft reichliches Nasenbluten. Auf die Lebenstage verteilt, trat Melaena bei 4 am 1. Lebenstage, bei 5 am 2., bei 1 am 3. Tag auf. Bei einem Zwillingspaar war der schwächere an Melaena erkrankt, der kräftigere gesund geblieben. Umgekehrt war es in den Fällen von Holtschmidt und Pippingsköld, wo die kräftigeren erkrankt waren. In dem Fall von Holtschmidt war ebenso wie in Verf.s Fall das Fruchtwasser blutig (intrauteriner Blutabgang?). Die Behandlung erfolgte in 3 Fällen mit 3—5proz. Gelatinelösung per os und per clysma, in 5 Fällen 10proz. subcutan. Verf. gibt der subcutanen Methode den Vorzug vor der Behandlung per os und per clysma (denn erhöhte Darmperistaltik!). Nach Holtschmidt betrug für 1894—1900 die Sterblichkeit auf der Dresdener Frauenklinik 50% vor der Einführung der Gelatinebehandlung. Mit ihr genasen nach 1900 alle 5 behandelten Fälle. Die vom Verf. genannten 6 Fälle von Behandlung mit direkter Bluttransfusion von Lambert, Swain, Jackson, Murphy, Mosenthal, Mowell, Vincent kamen alle zur Heilung. Die Serumtherapie bei Melaena erhellt aus den zitierten Fällen von Boyd, Welch und Franz (5 Fälle). Es waren Subcutaninjektionen von Nabelblutserum, Franz zentrifugierte noch zuvor. Merckens gab intramuskulär 12 ccm defibriniertes Menschenblut. Nach kritischer Sichtung der bestehenden pathogenetischen Betrachtungsweisen (der von Landau, v. Franqué, Schäffer, v. Preuschen und Pomorski, Gärtner und Czerny-Keller) betont Verf. seinen Befund einer deutlich verlängerten Koagulationszeit des Blutes und die von der Norm abweichenden Verhältnisse der roten Blutkörperchen. Whipple hält das Fehlen von Thrombin für die Ursache der Melaenablutungen. Verf. hebt dann die in 2 seiner Fälle gefundenen Nebennierenblutungen

in ihrer Bedeutung für die innere Sekretion hervor, ohne jedoch einen exakten ursächlichen Zusammenhang angeben zu können. *Heydolph* (Charlottenburg).[K]

Wallich: La mortalité infantile dans les quatre premières semaines de vie. (Die Kindersterblichkeit in den vier ersten Lebenswochen). Rev. d'hyg. et de police sanit. Bd. **35,** Nr. 9, S. 989—1008. 1913.

Verschiedene statistische Quellen beweisen, daß die Kindersterblichkeit im ersten Lebensmonate $^1/_4$, $^1/_3$ bis $^1/_2$ mal größer ist, als in den 11 anderen Monaten des ersten Jahres. Die erste und die dritte Lebenswoche sind am gefährlichsten. Hauptgründe: Geburtshilfliche Traumata, frühzeitige Geburt, künstliche Ernährung, vorzeitige Trennung von Mutter und Kind. Die Mortalität der unehelichen Kinder ist besonders erheblich. *R. Chapuis* (Genf).

Hastings, Chas. J.: The role played by milk infant mortality. (Die Rolle, die die Milch in der Säuglingsterblichkeit spielt). Americ. med. Bd. **19,** Nr. 6, S. 428—433. 1913.

Einer der wichtigsten Faktoren in der Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit ist die Sorge für eine auf sauberste Weise gewonnene, kühl aufbewahrte, vor allem auch tuberkulosefreie Milch. Solche unter Beobachtung aller hygienischen Forderungen gewonnene „Kontrollmilch" stellt nur ein Prozent der überhaupt auf dem amerikanischen Kontinent in den Handel gebrachten Milch dar. Die übrige Milch sollte nur nach vorheriger Pasteurisierung verwandt werden. Die Arbeit enthält statistische Daten aus verschiedenen Ländern über die Mortalität der Brust- und Flaschenkinder, sowie über die Häufigkeit der Tuberkulose. *Calvary* (Hamburg).[K]

Zarfl, Max: Zur Kenntnis der angeborenen Tuberkulose. (*Landes-Zentralkinderheim, Wien.*) Zeitschr. f. Kinderheilk., Orig. Bd. **8,** H. 5, S. 370—382. 1913.

Verf. konnte bei einem Säugling, dessen Mutter an Lungentuberkulose litt und einige Monate nach der Geburt daran starb, schon am 17. Lebenstage eine positive Tuberkulinreaktion nachweisen. Schon aus diesem Grunde kam Verf. zum Schluß, daß die Infektion bereits während des intrauterinen Lebens stattgefunden habe. Am 18. Lebenstag traten eine Milz- und Leberschwellung auf, während die Lungen fast bis zur letzten Krankheitswoche von klinisch und röntgenologisch nachweisbaren Veränderungen frei blieben. Aus diesen Befunden geht hervor, daß die Infektion des Kindes auf placentarem Wege zustande kam, daß sich die Tuberkelbacillen zuerst in der Leber und den postalen Lymphdrüsen angesiedelt und hier die ersten Veränderungen hervorgerufen haben, von denen aus es zur Verbreitung der Keime im ganzen Körper gekommen ist. Der Obduktionsbefund bestätigte diese Annahme. *Monti* (Wien).[K]

Variot, G.: Vomissements incoercibles datant de la naissance chez un nourrisson de neuf mois. Grande hypotrophie. Dilatation de l'estomac constatée par la radiographie. Guérison par l'emploi du lait condensé sucré et du lait homogénéisé hypersucré. (Unstillbares Erbrechen seit der Geburt bei einem 9monatigen Säugling. Schwere Unterernährung. Röntgenologisch festgestellte Magenerweiterung. Heilung durch kondensierte und durch homogenisierte Milch mit reichlichem Zuckerzusatz.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Bd. **15,** Nr. 7, S. 337—341. 1913.

Ein durch unstillbares Erbrechen, das seit Geburt bestand, schwer atrophischer Säugling wurde im Alter von 9 Monaten mit kondensierter, dann mit homogenisierter Milch mit Zuckerzusatz ernährt. Sofortige Besserung (Aufhören des Erbrechens und rascher Gewichtsanstieg). Röntgenologisch festgestellte Dilatation des Magens. — Verf. empfiehlt, Indikationen und Kontraindikationen für diese zuckerreiche Milch bei verschiedenen Magendarmstörungen zu studieren. *A. Hirsch* (Wien).[K]

Simpson, G. C. E.: Congenital anomalies connected with the development of the umbilicus. (Kongenitale Nabelmißbildungen.) Liverpool med.-chirurg. journal Bd. **33,** Nr. 64, S. 427—436. 1913.

Verf. berichtet über die Ergebnisse seiner Operationen, die er an Kindern mit

angeborenen Nabelmißbildungen (ungenügender Nabelverschluß, Nabelhernie, Ektopie der Blase, Urachusfistel usw.) ausgeführt hat. Die Arbeit hat vorwiegend chirurgisches Interesse. *Heller* (Straßburg i. E.).[K]

Commandeur et Croizier: Oedème généralisé d'un foetus dans une grossesse gémellaire univitelline. (Allgemeines Ödem des einen Foetus bei einer eineiigen Zwillingsschwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 5, S. 482—488. 1913.

Wegen akuten Hydramnions mit Kompressionserscheinungen werden durch Punktion durch das Collum ca. $5^1/_2$ l Fruchtwasser abgelassen. 6 Stunden später Geburt eines 2280 g schweren toten Knaben mit allgemeinem Ödem, 20 Minuten später in Eihülle ohne Fruchtwasser eines 800 g schweren, nur kurze Zeit lebenden Knaben. Ausführliche anatomische Befunde. Hervorzuheben: Ausgesprochene Veränderungen der Nebennieren des ödematösen Foetus. *Bauer* (Berlin).

Fränkel, James: Zur Ätiologie und Therapie des angeborenen Klumpfußes. (*Chirurg. Univ.-Klin., Berlin.*) Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. **32,** S. 115—200. 1913.

I. Ätiologie des Klumpfußes. Die verschiedensten pathologischen Vorgänge während der Schwangerschaft können eine Raumbeengung in utero verursachen. Der Klumpfuß entsteht dann aus der physiologischen Supinationsstellung der fötalen Füße. Die Entstehungszeit ist in den 3.—5. Schwangerschaftsmonat zu legen. Daneben kommen amniogene und neurogene Klumpfüße vor. Auf die intrauterinen Lähmungen wird näher eingegangen. II. Therapie. Überblick über die herrschenden Methoden des Redressements. Das Ziel der Fränkelschen Klumpfußtherapie ist: Weichteil- und Knochenverletzungen zu vermeiden, die dem gewaltsamen Redressement anhaftenden Gefahren (Fettembolie) auszuschalten, die Narkosen einzuschränken und auf die Tenotomie der Achillessehne zu verzichten. Die Hyperämie, welche die Gewebe erweicht, ist ein wertvolles Hilfsmittel. Der Fuß wird in einem Saugkasten automatisch und schonend redressiert. Die Beschreibung des sinnreichen Apparates muß im Original nachgelesen werden. Die Fixation geschieht im Gipsverband. Für Säuglinge wird auch eine Kombination von Heftpflaster und Spiralschiene verwandt. Fränkel redressiert am liebsten in der Zeit des schnellsten Wachstums, d. h. im ersten Lebensjahre. Nur selten sieht er sich zur Operation gezwungen und dann meist zur Sehnenplastik. Mitteilung von zahlreichen Krankengeschichten und schönen Resultaten. *Schede.*[CH]

Kinderkrankheiten:

Grenzgebiete.

Porter, Langley: Pancreatic insufficiency. (Pankreasinsuffizienz.) (*Med. dep., Stanford univ.*) Vortr. v. d. Amer. Ped. Soc., Washington, Mai 1913. Americ. journal of dis. of childr. Bd. **6,** Nr. 2, S. 65—74. 1913.

Bei Kindern kommen oft schwere chronische Verdauungsstörungen mit akutem Beginn vor, die massige grauweiße Stühle entleeren, mit hochgradiger Abmagerung und vorübergehenden Besserungen. Die Stühle enthalten große Mengen Fett, großenteils ungespalten, bei schweren Fällen auch unverdaute Stärke und gelegentlich sogar unverdautes Eiweiß. In der englischen Literatur werden solche Zustände mit dem Namen „Coeliac disease" bezeichnet; der hohe Fettgehalt der Stühle wird von ihnen einer mangelhaften Resorption durch die Lymphbahnen des Darms zugeschrieben. Herter hat analoge Fälle unter dem Namen intestinaler Infantilismus beschrieben, darauf hingewiesen, daß sich bei diesen Kindern eine abnorme Darmflora von grampositiven Bacillen findet, die großenteils als Bacillus bifidus, teilweise auch als Bacillus infantilis anzusprechen sind. Wieder andere Autoren (Carnot, Arragas und Vinas, Bramwell, Rentoul) legen der Affektion eine Pankreasinsuffizienz zugrunde. Verf. vertritt die Auffassung, daß in diesen Fällen eine bakterielle Schädigung des Pankreas vorliegt, die im Anschluß an eine abnorme Flora im Dünndarm zustande kommt. Akute eitrige Pankreatitis kann, wie man weiß, durch bakterielle Invasion auf dem Wege der Ausführungsgänge, des Blutstromes, der Lymphbahnen und direkten Kon-

taktes zustande kommen. Es ist nachgewiesen, daß Pankreasinfektionen besonders dann zustande kommen, wenn der Abfluß des Sekrets behindert ist, was bei akuter Duodenalerkrankung leicht vorkommen kann. Verf. glaubt, daß verschiedene Bakterienarten, nicht nur der Bifidus die gleiche Schädigung bewirken können, z. B. auch das Bact. coli.

Verf. teilt die Krankengeschichten von 3 eigenen Fällen mit. Der erste (22 Monate) ist ein leichterer Fall, der mit akuten Durchfällen begonnen hatte (mit 12 Monaten) und nach ca. $^1/_2$ Jahr in Heilung überging. Der Stuhl enthielt stets viel Fett und Fettsäuren, unverdaute Stärke, fast nur gramnegative Bacillen, keine Kolibacillen. Trypsin und Diastase, nach Gross und Wohlgemuth untersucht, waren im Stuhl erheblich vermindert. Die Heilung, die von einer Herstellung der normalen Stuhlflora begleitet war, wurde durch eine geeignete Diät erzielt (Dextrine, Magermilch, Gelatine, geschabtes Rindfleisch, Fisch, Makkaroni, Reis, grünes Gemüse und Obst). — Der 2. Fall kam mit 21 Monaten in Beobachtung. Fast beständige chronische Verdauungsstörungen waren vorausgegangen. Er wog 7000 g, hatte einen äußerst vorgetriebenen Bauch und Symptome von Skorbut, die rasch durch Obstgenuß verschwanden. Die Stühle waren während häufiger akuter Attacken, die mit heftigem Gallebrechen einhergingen, stark schleimig und faulig, sonst massig, zerfahren, grau und sehr reich an Neutralfett und Fettsäuren. Keine freie Stärke, keine Muskelfasern. Keuchhusten im 28. Monat wurde gut überstanden. Um diese Zeit ließ sich mit der Grossschen und Wohlgemuthschen Methode keine Verminderung des Trypsins und der Diastase im Stuhl nachweisen. Im 32. Monat schwere akute Attacke mit Durchfällen, die reichlich Neutralfett enthielten, trotz sorgsamster Ausschaltung von Fett aus der Nahrung. Jetzt auch unverdautes Mehl und Muskelfasern. Rohes Hammelpankreas schien etwas zu nützen. Die Kerne erschienen stets unverdaut im Stuhl. Pankreon wurde stets erbrochen. Die Darmflora bestand in allen Stadien vorwiegend aus grampositiven Kokken und Bacillen (Boas-Oppler?). Exitus mit 3 Jahren. Die Pars ascendens duodeni schien verhärtet und fibrös. Das Pankreas war klein, geschrumpft, hart, mikroskopisch zeigte sich eine interstitielle Bindegewebswucherung. Sonst fand sich nur noch eine leichte interstitielle Nephritis. — Der 3. Fall war klinisch in vieler Hinsicht dem 2. ganz analog, kam mit 17 Monaten in Behandlung. Stühle enthielten Massen von Fett und Fettsäuren, einige Seifen, Muskelfasern, Stärke, Kerne. Urin enthielt mitunter Spuren von Eiweiß und vereinzelte Zylinder, 2 mal auch Zucker. Das Kind nahm immer weiter ab, wog schließlich weniger als 5000. Die Stuhlflora bestand fast ausschließlich aus grampositiven Bacillen, oft leicht gebogen, kürzer als die Boas-Opplerschen Bacillen; Bacillus bifidus schien es nicht zu sein. Weder die Verabreichung von rohem geschabtem Pankreas, noch von Salzsäure noch von Schweine-Duodenum hatte therapeutischen Effekt. Heilung wurde schließlich durch eine lang fortgesetzte Autovaccine-Kur erzielt. Die Darmbacillen wurden auf Agar gezüchtet und jeden 3. Tag in steigenden Dosen injiziert, mit 10 Millionen beginnend. Die bis dahin im Stuhl und Urin fehlende Diastase stellte sich 5 Tage nach Beginn der Behandlung ein. Allmählich schwand die unverdaute Stärke und das Fett aus den Stühlen, obwohl Vollmilch in die Diät eingeführt wurde. Die Bakterienflora änderte sich, nach 3 Monaten (nach ca. 30 Injektionen) waren fast keine grampositiven Bakterien im Stuhl zu finden. 5 Monate nach Beginn der Vaccinebehandlung vertrug das Kind eine normale gemischte Kost mit mäßigem Fettgehalt, wog 11 500 g und schien in bestem Gedeihen. *Ibrahim* (München).K

Liefmann, H.: Steigerungen der Säuglingssterblichkeit im Frühjahr. (*Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Dtsch.med.Wochenschr.Jg.**39**, Nr.36, S.1729—1731. 1913.

Vom 27. April bis 1. Mai 1913 waren in Berlin sehr heiße Tage zu verzeichnen (über 25° im Schatten). Die Folge war ein ausgesprochener Anstieg der Säuglingssterblichkeit und zwar wurden in erster Linie Knaben betroffen. Verf. betont, daß es sich hier kaum um Milchverderbnis durch die Sommerhitze handeln kann, sondern um direkte Hitzewirkungen. Wohnungspflege und direkte Fürsorge für die Kinder sind zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit zurzeit wichtiger als die Hygiene der Kuhmilch. *Ibrahim* (München).M

Hayashi, A.: Über das Verhalten des Fettes in der Leber bei atrophischen Säuglingen und bei Inanition. Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. **12**, Nr. 4, S. 221—228. 1913.

Von den 8 optisch und mikrochemisch untersuchten Fällen von Atrophie enthielt die Leber bei 5 Fällen weder Fett noch lipoide Substanz, obwohl Zerstörungserscheinungen sonst ganz fehlten. Bei einem Fall war das Fett größtenteils bis auf das in den Kupfferschen Sternzellen geschwunden, und es blieben in der peripheren Zone der Leberläppchen nur einige Reste übrig, die man als Neutralfett ansehen mußte, und diese Reste waren so unbedeutend, daß sie nicht sowohl dem Fette der normalen Leber, sondern eher den Befunden beim Hungertod entsprechen. Im Gegen-

satze dazu handelt es sich bei zwei Fällen um eine Verfettung der Leber und zwar bei einem Fall um Cholesterin-Glycerinesterverfettung, bei einem andern Fall dagegen um Glycerinesterverfettung. Das Fettgewebe der Leber zeigt bei atrophischen Säuglingen eine andere Beschaffenheit als bei experimenteller Inanition. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der auch sonst gesicherten Anschauung, daß es sich bei der sogenannten Atrophie nicht etwa einfach um den äußersten Grad der Abzehrung durch ungenügende Nahrungszufuhr, sondern um eine schwere Störung des ganzen Organismus handelt. *Grosser* (Frankfurt a. M.).[K]

Azéma: Un cas de mort par vaccine ulcéreuse. (Todesfall durch ulcerierende Vaccine.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 305—308. 1913.

12 Tage altes Kind, vor 10 Tagen geimpft. Aus 2 Impfschorfen entwickelt sich trotz Behandlung mit Permanganatwasser, aromatischem Wein, Ektoganpomade Gangrän bis auf den Knochen. Exitus nach 20 Tagen an Kachexie.

Autor sieht die Ursache in fehlerhafter Technik (2 Impfstellen flossen infolge zu naher Lage ineinander), mangelnder Widerstandskraft des Kindes (keine Lues) und wahrscheinlich in der Beschaffenheit der Vaccine, deren Herkunft wie die Person des Impfenden leider nicht festzustellen war. *Mohr* (Berlin).

Nobécourt, P., et Léon Tixier: Les injections de peptone de Witte dans le traitement de l'hémophilie familiale et du purpura. (Die Injektionen mit Witteschem Pepton in der Behandlung der hereditären Hämophilie und der Purpura.) Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang Jg. 6, Nr. 6, S. 397—403. 1913.

I. Fall von hereditärer und kongenitaler Hämophilie bei 9jährigem Kinde. Besserung. Bei längerem Gebrauch des Witteschen Peptons scheint dessen prophylaktische Wirkung nachzulassen, während die heilende bleibt. — II. 6 Fälle von Purpura bei Kindern von 11—5 Jahren; bei 2 Heilung, bei 2 Besserung, bei 2 kein Erfolg. Dosierung: pro $^1/_2$ Jahr ca. 100 ccm einer 5proz. Lösung subcutan oder die doppelte Dosis rectal. *Mohr* (Berlin).

Neurologie und Psychiatrie:

Sinnhuber, Franz: Die Differentialdiagnose der Ischias und der akuten und chronischen Hüftgelenkserkrankungen des jugendlichen Alters. Festschrift zum 60. Geburtstage v. Otto v. Schjerning S. 48—61. 1913.

Soziales. Statistik:

Salge, B.: Die Stellung der Ärzte in der Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsfürs. Bd. 7, H. 5, S. 149—156. 1913.

Hanssen, Peter: Erwiderung auf Sieveking „Einige Bemerkungen über die Säuglingssterblichkeit in Hamburg". Zeitschr. f. Säuglingsfürs. Bd. 7, H. 5, S. 178 bis 183. 1913.

Hanssen, Peter: Die Säuglingssterblichkeit und ihre Bekämpfung in der Stadt Kiel. Zeitschr. f. Säuglingsfürs. Bd. 7, H. 3, S. 77—98 u. Nr. 4, S. 113—142. 1913.

Breit angelegte statistische Arbeit mit zahlreichen Tabellen und Kurven, unter Zugrundelegung der Sektionsergebnisse, der Bodenverhältnisse, meteorologischen Bedingungen und der sozialen Beziehungen. Hanssen vergleicht die Säuglingssterblichkeit in Kiel mit anderen großen Städten der Provinz, bespricht die totgeborenen Säuglinge, das Hebammenwesen, die Eheschließungen, uneheliche und eheliche Geburten, das Kostkinderwesen, das Stillen, die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge, die Sommersterblichkeit, die Sterblichkeit an Tuberkulose, Syphilis und Infektionskrankheiten. Ferner beschreibt er die bestehenden Fürsorgeeinrichtungen in Kiel und stellt seine Forderungen zu deren Verbesserung auf. Hierzu gehören: Belehrungskurse, Wöchnerinnenvereine, Altersversorgung der Hebammen, Stillprämien, Belehrung durch die Zeitungen, Verbesserung der Milchküche, Absonderung der Behandlung der Kinder aus den Beratungsstellen, Schaffung von Möglichkeiten, die Säuglinge im heißen Sommer nachts in kühlere Umgebung zu bringen (Wald-, Seeaufenthalt). Gründung eines Museums für Säuglingsfürsorge. *Frankenstein* (Köln).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
Band III, Heft 7. sowie deren Grenzgebiete. S. 305—352.

Ergebnisse.

15.

Die Behandlung des engen Beckens.

Von
Dr. Hans Albert Dietrich, Göttingen.

Die Behandlung des engen Beckens war unter Verwendung der prophylaktischen Methoden (künstliche Frühgeburt, prophylaktische Wendung) und der Kraniotomie auf einer gewissen Stufe der Vervollkommnung angelangt, die zu verbessern zwar Bestrebungen vorhanden waren, aber Aussichten auf Erfolg zunächst nicht zu bieten schienen. Das auslösende Moment für solche Bestrebungen war wohl am meisten der Wunsch, die Kraniotomie, die Perforation und Tötung eines lebenden Kindes einzuschränken, womöglich ganz auszuschalten. Die Asepsis war der Bundesgenosse, im Vertrauen auf dessen Treue die sogenannte chirurgische Ära der Geburtshilfe zur Blüte kam durch Einführung der beckenspaltenden Operationen und der Modifikationen des klassischen Kaiserschnittes, der zwar schon eine Ausdehnung der Indikation von der absoluten Beckenenge auf Geburten bei relativ engem Becken erfahren hatte, aber mit weitgehender Einschränkung, welche immer noch der Kraniotomie eine große Anwendungsbreite zuwies.

Wenn auch nicht behauptet werden kann, daß nach Zeiten richtigen Kampfes um die neuen Entbindungsmethoden nunmehr festumrissene Indikationsstellungen der einzelnen Eingriffe vorhanden sind, so ist zweifellos eine zunehmende Klärung nicht zu verkennen. Über die zu dieser Klärung beitragenden Arbeiten der letzten Jahre (1910 bis Juli 1913) soll im folgenden referiert werden.

Es zeigte sich, daß die Verlegung des Schwergewichtes auf operative Eingriffe bei der modernen Therapie des engen Beckens ganz selbstverständlich zur Scheidung der geburtshilflichen Tätigkeit in eine klinische und die des Praktikers geführt hat, was von den meisten Autoren hervorgehoben wird (z. B. Jung[88]), Menge[115]), Opitz[124a]) u. a.). Stöckel[172]) unterscheidet beim geburtshilflichen Handeln sogar 3 Kategorien: Klinik, Spezialarzt im Privathaus und praktischer Arzt. Der praktische Arzt wird nach wie vor die bisherige Geburtshilfe zur Anwendung bringen müssen, aber nunmehr mit den ihm bekannten neuen Hilfsmitteln der Klinik im Rücken, die auch ihm ermöglichen durch Einweisung in die Klinik die Kraniotomie des lebenden Kindes zu vermeiden bzw. weiterhin einzuschränken. Deshalb wird auch von allen Autoren baldige Transferierung der Gebärenden mit engem Becken in die Klinik gefordert, zumindest bei Stockung der Geburt (Stöckel[171]), Jung[88]), Döderlein[34]), Saks[150]), v. d. Hoeven[74]), Hüffel[80]) u. a.). Schauta[155]) will überhaupt jede Gravida schon während der Schwangerschaft hinsichtlich engen Beckens untersucht und in die Klinik verlegt haben, was aber, wie er selbst meint, noch lange ein frommer Wunsch bleiben wird. Auch Croom[25]) fordert Beckenmessung in der Gravidität und Überweisung in die Klinik, ebenso Heil[69]) und viele andere. In diesem Referat wird den erschienenen Arbeiten entsprechend hauptsächlich die klinische Therapie des engen Beckens berücksichtigt werden.

I. Spontangeburt.

Fast bei allen Autoren kommt das Bestreben zum Ausdrucke, resp. wird die Forderung aufgestellt, den Geburtsverlauf bei engem Becken möglichst spontan vor

sich gehen zu lassen und erst einzugreifen, wenn die Unmöglichkeit der Überwindung der Beckenenge durch den kindlichen Schädel erwiesen ist. Nach Menge[115]) ermöglichen gerade Kaiserschnitt und Hebosteotomie dem klinischen Geburtshelfer eine ausgesprochen exspektative Geburtsleitung bei engem Becken. „Den austreibenden und widerstrebenden Kräften wird Gelegenheit gegeben, sich längere Zeit voll zu messen und die Anpassungsfähigkeit des Kopfes eines reifen Kindes an die Raumverhältnisse des engen Beckens gründlich zu erproben" (Menge[115])). Statistische Erhebungen vieler haben ergeben, daß tatsächlich bei exspektativer Geburtsleitung die Spontangeburt bei engem Becken einen breiten Raum einnimmt. Jagodzinski[82]) gibt an 45,8%, Pestalozza[130] 50%, Scheffzeck[159]) 54,2%, Faure[41]) 55%, Pini[133]) 56,3%, Yamasaki[191]) (Bonner Klinik) 70%, v. Franqué[51]) 74,9%, Scipiades[163]) 75%, v. Herff[70]) 79,5%, Croom[25]) 80%, Jung[90]) 80,0%, Baisch[3]) 80,0%, Menge[115]) 80,0%, Metzler[116]) 82,8%, wir sehen also im Mittel in 68,8 rund 70,0% die Spontangeburt eintreten. Während v. Franqué[51]) bei einer Conjugata vera von unter 7,5 cm keine Spontangeburt mehr annimmt, Jaeger[81]) unter 9,5 cm Conjugata diagonalis nur selten, hat Schauta[155]) von 7,5—6,5 Conj. vera noch 9,9%, Esch[39]) sogar noch 14,9% spontane Geburten angegeben. Auf die diese Verhältnisse sehr instruktiv darstellende Kurve von Esch[39]) sei hingewiesen.

Zur Unterstützung bzw. Ermöglichung der Spontangeburt wird allgemein die Walcher - Kleinsche Hängelage empfohlen und die kurative Impression des Kopfes nach Hofmeier. Auch die Modellierversuche des Kindsschädels durch Bewegungen des mütterlichen Beckens nach Sellheim[167]) [168]) gehören zu diesen unterstützenden Verfahren. Zur Beendigung der Spontangeburt wird Kristellersche Expression empfohlen und auch betont im Interesse des Kindes nach Überwindung der Beckenenge mit einer Ausgangszange lieber nicht allzulange zu warten (v. Franqué[51])).

Weitere Versuche, die Häufigkeit der Spontangeburt zu vermehren, zielen dahin, eine unblutige Vergrößerung der Conjugata vera zu bewirken durch äußere Handgriffe. Willink[190]) erreicht eine Vergrößerung um $1/2$ cm bei Herstellung einer Lordose der Lendenwirbelsäule durch Unterschieben eines Kissens. Krug[100]) gibt einen Kreuzgriff zur Erweiterung des Beckens an, den er in einem einzigen Falle mit Erfolg angewendet zu haben glaubt. Freudenthal[55]) veröffentlicht ebenfalls einen neuen Kunstgriff zur Erweiterung des grad-verengten Beckens.

Erweist sich trotz dieser Unterstützungen die Spontangeburt als unmöglich oder schließt von vornherein das räumliche Mißverhältnis zwischen Becken und kindlichem Schädel eine solche aus, dann treten die geburtshilflichen Operationen in ihre Rechte.

II. Beckenspaltung.

Die Statistik von Schaefli[152]), von manchen Autoren das „Sündenregister" der Hebosteotomie genannt, hat dieser Operation sicherlich großen Abbruch getan. Schon besser ist die auf 85 Fällen beruhende Statistik Roths[143]). Hier wird noch die große Morbidität nach Hebosteotomie betont: über 50% fieberten, 23,5% hatten ein bedrohliches Wochenbett, an Thrombose litten 14%; mehr als $1/3$ der Frauen brauchten 3—12 Monate, bis sie wieder ordentlich laufen konnten; 2% der Nachuntersuchten wurden durch Inkontinenz geplagt. Eine weitere Besserung der Resultate mit wachsender Erfahrung in der Technik und besserer Indikationsstellung ergibt die Statistik Roemers[141]). Die Mortalität der Mutter sank von 4,37% Schäfli (2,35% Roth) auf 1,7% die der Kinder von 9,18 Schäfli (7% Roth) auf 5%. Auch Weichteilverletzungen 3,9% (17,8% Schäfli), penetrierende Vaginalrisse 7% (15,5% Schäfli), Blasenverletzungen 5,2% (12, 35% Schäfli) zeigen ein Zurückgehen und die Morbidität ist geringer, Trombophlebitis 3,5% (8,2% Schäfli). Trotz dieser verbesserten Resultate lehnen eine Reihe von Autoren die Beckenspaltung mehr oder weniger völlig ab, so Jung[87]) [88]), der eine Verblutung ins retroperitoneale Bindegewebe und eine schwere pyämische Erkrankung erlebte; Scheffzeck[159]), der 16,4% tote Kinder bei 18 Heb-

osteotomien zu verzeichnen hatte und die langdauernde Reconvaleszenz betont; Küstner[103]), der eine Frau an Sepsis verlor und in den letzten drei Jahren nur einmal noch hebosteotomierte; Sellheim[168]); v. Herff[70]) [71]) besonders in Hinsicht auf dauernde Schädigungen, wie Gehstörungen und Inkontinenz. „Muß nicht ein einziger solcher Fall dieses scheußlichen Leidens (Incontinentia urinae), das nie, ich betone niemals nach einer anderen entbindenden Operation — etwa nach einer künstlichen Frühgeburt, selbst hohen Zange, oder gar nach einem Kaiserschnitt usw. beobachtet wird die Operation nachhaltig diskreditieren?“ (v. Herff[70]).

Keine direkten Gegner, aber auch nicht besondere Freunde der Beckenspaltung sind Latzko[105]), Baisch[3]), Stroganoff[175]), Fraipont[46]).

Die Mehrzahl der Autoren jedoch sind Anhänger der Beckenspaltung unter Voraussetzung richtiger Indikation und einwandfreier Technik. So Kroemer[98]); Stoeckel[171]) [172]); Schauta[154]); Döderlein[34]) [35]), der sie eine „wohlberechtigte und ungefährliche Operation“ nennt bei richtiger Indikation; Bumm, Leopold, Fritsch, Henckel, Hoehne (zit. nach Döderlein[35]); Hofmeier[76]); Reifferscheid[137b]); Holländer[77]); Menge[115]); v. Franqué[51]); Veit[182]); Brandt[16]); Pankow[127]) [128]), nach welchem die Hebosteotomie in Mißkredit kommt nicht wegen innerer Mängel, sondern infolge unzweckmäßiger Anwendung; Hartmann[64]); Neu[123]); Fehling[42]); Prosorowsky[137]); van de Velde[185]).

1. Indikation: Das räumliche Mißverhältnis zwischen kindlichem Schädel und mütterlichem Becken darf kein zu großes sein; es soll womöglich ein Segment des Kopfes schon eingetreten sein, man soll den Eindruck haben, daß nur noch wenig fehlt, bzw. dazukommen muß, um dem Kopf gar den Durchtritt zu ermöglichen (Pankow[128]). Nur bei einem im Becken mehr oder weniger fixierten Kopf rät Fehling[42]) zur Hebosteotomie. Demgemäß kommen nur Beckenverengerungen I.—II. Grades in Betracht: bis 8,5 cm Conjugata vera gehen herunter Jéannin und Cathala[85]); bis 8 cm van de Velde[185]); bis 7,5 cm Schauta[155]), Cauton[21]), Kroemer[98]), v. Franqué[51]), Christofoletti[27]); 7 cm nehmen als untere Grenze an Stoeckel[172]), Baisch[3]), Fehling[42]), Stronganoff[175]), Döderlein[34]); 6,8 cm Kehrer[92]); 6¾ cm Leopold[107]); 6,7 cm Scipiades[163]); die unterste Grenze erreicht Holländer[77]) mit 6,5 cm Conjugata vera.

Was die Lage des Kindes betrifft, so will Stöckel[171]) die Hebosteotomie wesentlich nur bei vorausgehendem Kopf in Anwendung gebracht wissen, Beckenendlagen sind nach seinen Erfahrungen gefährlicher für die Mutter, da diese meist noch weitere Eingriffe zur Entwicklung des Kindes beanspruchen. Aus ähnlichem Grunde raten Fehling[42]) und Pankow[128]) davon ab im Interesse des gefährdeten Kindes zu hebosteotomieren, da dann sofort die Entbindung angeschlossen werden muß und dadurch die Gefahr für die Mutter hinsichtlich Nebenverletzungen wächst. Fehling[42]) warnt auch davor, der Operation andere Entbindungsversuche, Zange usw., vorauszuschicken, da dadurch die Prognose für das Kind wesentlich sich verschlechtert.

Eine weitere Vorbedingung wird in den genügend vorbereiteten Weichteilen der Gebärenden gesehen, um kommunizierende Scheidenrisse zu vermeiden. Es werden daher allgemein Erstgebärende von der Operation ausgeschlossen, ebenso solche mit infantilen Genitalien. I.-P. schließen nicht prinzipiell aus Menge[115]), soweit sie nicht infiziert sind, Neu[123]), Fehling[42]), Frank[48]).

Unreinheit der Fälle bzw. bestehendes Fieber bildet für die meisten keine Gegenindikation, bei Menge[115]) nur bei I.-P.; v. Franqué[51]) hatte 10mal bis 39,0 Fieber; für Veit[182]), Brandt[16]), Bumm[18]), Canton[21]), van de Velde[184]), Neu[123], Frank[48]) [50]), Walcher[188]), Doléris[32]), Christofoletti[27]) ist es kein Hinderungsgrund. Eine Gegenindikation sehen im Fieber Leopold[107]), Scipiades[163]), Baisch[3]). Eine manifeste Infektion ist dagegen für alle ein Grund, von Hebosteotomie abzusehen.

2. Technik: An Methoden der Beckenspaltung kommen zur Anwendung die Methode von Döderlein[34]) durch Scheffzeck[159]), Leopold[107]), Schauta[155]), Jung[87]),

Hofmeier[76]), Reifferscheid[137b]), Baisch[3]), Brandt[16]), Holländer[77]), Neu[123]), Prosorowsky[137]), van de Velde[185]). Nach Bummscher Methode operieren Stöckel[170]), Fehling[42]), Kroemer[99]), Stroganow[176]). Seeligmann[164]) empfiehlt eine von ihm erfundene Hohlnadel, um die Weichteile vor der Säge zu schützen. Die Sitzenfreysche Nadel benutzt v. Franqué[51]). Subcutan nach Gigli operiert Canton[21]). Die offene Hebosteotomie wenden an Jéannin und Cathala[85]). Eine eigene neue Methode der offenen Hebosteotomie veröffentlicht Blos[12]), wobei er einen Schnitt über der Symphyse parallel zum Lig. Poup. ausführt und analog einer Rippenresektion das Schambein subperiostal durchtrennt, durch einen Beckenbügel ermöglicht er eine mechanische Verstellung der Knochenöffnung. Costa[24]) operiert auch nach einer von ihm erfundenen Methode einer offenen Durchtrennung des Schambeines.

Die Symphyseotomie nach alter Zweifelscher Methode bringen in Anwendung Opitz[124a]) und Pankow[128]).

Die neuerdings von Frank[48])[50]) angegebene Methode der subcutanen Symphyseotomie wird besonders von Kehrer[92]) als vorzüglich angewendet, ebenso von Engel[35b]) und Kupferberg[101]). Um eine Verletzung der Blase sicher zu vermeiden gibt Kroemer[98])[99]) einen „Ablösungsschnitt" an, demgegenüber von Rühl[149]) Prioritätsansprüche auf diese Methode geltend gemacht werden.

Über die Frage, ob es besser ist, nach der ausgeführten Beckenspaltung die Spontangeburt des Kindes abzuwarten oder die Entbindung sofort anzuschließen, sind die Ansichten noch geteilt. Nach der Durchtrennung des Beckens warten ab: Jung[87]), Hofmeier[76]), Stoeckel[172]), Menge[115]), Brandt[16]), Canton[21]), Hollaender[77]), Neu[123]), Pankow[128]), Fehling[42]), Prosorowsky[137]), der die Gebärende im Ottschen Beinhalter lagert; Doléris[32]), Kehrer[92]), welcher zur Anwendung von Pituitrin rät; bei eintretender Gefährdung des Kindes muß selbstverständlich entbunden werden, wodurch aber die Gefahr für die Mutter steigt (Fehling[42]), Pankow[128]). Nicht prinzipiell abzuwarten, lieber gleich zu entbinden, rät Döderlein[34]) und Baisch[3]); grundsätzlich schließen die Entbindung der Beckendurchtrennung an Schauta[154]), v. Franque[51]), Scipiades[163]), Christofolletti[27]), dieser hat die einzigen 3 Todesfälle unter 9 Spontanentbindungen gesehen bei zu langem Zuwarten.

Um Blutungen zu vermeiden, empfehlen die meisten eine digitale vorübergehende Kompression mit Tupfern usw., Fehling[42]) und Stöckel[171])[172]) verlangen feste äußere und innere Tamponade gleich nach der Durchsägung bis zur Geburt und danach für 48 Stunden und sahen dabei nie eine Blutung auftreten.

In nebenstehender Tabelle I sind die in den letzten Jahren veröffentlichten Beckenspaltungen hinsichtlich der mütterlichen und kindlichen Mortalität zusammengestellt. Nr. 1—13 stellt größere Operationsserien dar, welche nach ziemlich einheitlichen Prinzipien hinsichtlich der oben angeführten Indikationen ausgeführt wurden. Wir sehen dabei eine mütterliche Mortalität von nur 0,43% bei 457 Operationen, eine kindliche von 6, 34%; kommen in Nr. 14—18 noch Einzeloperationen hinzu, so ergibt sich unter rund 500 Beckenspaltungen eine mütterliche Mortalität von 1%, eine kindliche von 6,2%.

Einen Vorteil der beckenspaltenden Operationen sah man noch in der Hoffnung daß die erzielte Erweiterung des Beckens eine konstante bleiben würde, bzw. bei neuer Entbindung leicht wieder eintreten würde ohne weiteren Eingriff. Daß dies in einer gewissen Prozentzahl der Fall ist, nimmt Kroemer[98]) an, auch Menge[115]) und van de Velde[184]); letzterer[185]) konnte in neun von 14 operierten Fällen eine dauernde Erweiterung des Beckens feststellen; er stellt bei 125 Fällen der Literatur 74 mal bleibende Vergrößerung fest, wobei bemerkenswert ist, daß in einigen Fällen durch eine spätere Geburt die Vergrößerung des Beckens noch eine weitere Zunahme erfuhr. Nach Roth[143]) war bei 20 beobachteten späteren Geburten 6 mal eine günstige Beeinflussung durch die frühere Hebosteotomie nicht zu verkennen, 14 mal war feste knöcherne Vereinigung eingetreten. Nachuntersuchungen von Rosenthal[142]) ergaben bei

21 Fällen nur einmal dauernde Erweiterung, zweimal wurde eine zweite Hebosteotomie auf der anderen Seite vorgenommen. Trotzdem nimmt er durch Zwischenlagerung von Bindegewebe zwischen den Knochenspalt „eine Besserung der Gebärfähigkeit" an, die sich kundgibt durch bessere Einstellung des Kopfes bei späteren Geburten. Deus[31]) bezeichnet die Hebosteotomie als wertvolle „therapeutische Operation", da in der großen Mehrzahl der Fälle eine Auflockerung der noch bindegewebigen oder erst teilweise knöchernen Narbe beobachtet wurde, die ein Auseinanderrücken der Knochenenden und dadurch eine Spontangeburt zur Folge hatte.

Andererseits hält Bovis[14]) eine permanente Erweiterung des Beckens durch Hebosteotomie für einen anatomischen und physiologischen Irrtum. Deus[31]) glaubt auch,

Tabelle I.

Operateur	Anzahl der Fälle	Mütter †	Kinder †
1. Döderlein[35])	53	0	3
2. Leopold[107])	84	1	6
3. {Schauta[155]) Christofoletti[27])}	50	0	3
4. Jacobson[83])	39	0	4
5. {Kroemer[98]) Kroemer[99])}	26	0	0
6. Stoeckel[172])	24	0	1
7. Canton[21])	24	0	2
8. Menge[115])	36	0	1
9. v. Franqué[51])	30	0	5
Subcutane Symphyseotomie nach Frank:			
10. Frank[48])	60	1 (bei M. P. = 0)	4 (bei M. P = 0)
11. Kehrer[92])	10	0	0
12. Kupferberg[101]), [92])	17	0	0
13. Engel[38])	4	0	0
Summa	457	2 = 0,43%	29 = 6,34%
14. Brandt[16])	9	0	0
15. Prosorowsky[137])	7	1 (bei M. P. = 0)	0
16. Jarzew[84])	3	0	0
17. v. Canstein[20])	8	2	0
18. Sundt-Halfdan[177])	2	0	1
Summa	486	5 = 1,0%	30 = 6,2%

daß allmählich durch seitlichen Druck der Femora auf das Becken ein Zusammenrücken der Knochenenden und damit fast die ursprüngliche Beckenenge wiedereintritt, welche nach ihm in 15% neue Operationen erfordert. Rosenthal[142]) hat bei 21 Nachuntersuchten viermal eine Verengung des Beckens durch nach innen gewucherten Callus gefunden.

Experimentelle Untersuchungen über Hebosteotomie liegen vor von Gluskinos[58]), welcher an Leichen feststellte, daß nach Hebosteotomie durch Druck auf die Spinae iliacae nach außen ohne Verletzung der Articulatio sacroiliaca eine Dislokation von 3—4 cm zu erreichen ist, durch Abduction der Oberschenkel bei leicht flektiertem Knie bis $2^1/_2$ cm. Wallace[189]) hat ein Klaffen von 5—$6^1/_2$ cm beobachtet und berechnet für 1 cm Klaffen des Knochenspaltes 2 mm Gewinn an der Conjugata vera (Mayer[118]) rät auf Grund von Leichenversuchen, die Beckenspaltung in Walcherscher Hängelage mit geschlossenen Beinen vorzunehmen und dann langsam die Beine zu erheben, um Weichteilzerreißungen zu vermeiden. Romolo Costa[24]) hat die anatomischen Verhältnisse der Blutversorgung der Hebosteotomiegegend durch Injektion der Gefäße mit schattengebenden Substanzen und folgende Radiographie studiert und kam zu dem Ergebnis, daß das Kobeltsche Netz, der Bulbus vestibularis und die Verzweigungen der Arteria ischiopubica manchmal derartig ausgedehnt und angeordnet

sind, daß Verletzungen derselben und Blutungen nicht zu vermeiden sind bei den bisherigen Methoden. Er hat deshalb eine eigene offene Methode ausgearbeitet mit „präventiver Hämostase der unter dem Schambein liegenden Gefäßgewebe".

Von schweren Nebenverletzungen, sogenannten üblen Zufällen, sind in der Literatur der letzten Jahre nur wenig Berichte zu finden im Gegensatz z. B. zu Schäflis Statistik. Christofoletti[26]) notiert eine Blasenscheidenfistel nach Hebosteotomie und eine Incontinentia urinae ohne Vorhandensein einer Fistel; auch aus der Bummschen Klinik ist ein Fall zu erwähnen, bei welchem nach Schließung von bestehenden Fisteln die Inkontinenz noch anhielt und wie bei Christofoletti erst nach Ablösung der Blase von der Hinterwand des Os pubis und Raffung des Blasenhalses (nach Sellheim, Kroemer) geheilt werden konnte. Bei Stoeckel[173]) ist über Entstehung von Blasenverletzungen und deren operative Heilung zu lesen, der ein kombiniertes ventro-vaginales Vorgehen beschreibt. Auch Zangemeister[192]) erörtert die Ursachen und Häufigkeit der Blasenverletzungen. Wagner[187]) berichtet von einer durch Knochennaht operativ geheilten Blasenhernie im Knochenspalt. Leuenberger[108]) spricht von den Anfängen einer chirurgischen Therapie, welche „sich zum Ziel gesetzt hat, die schweren Spätschädigungen nach Hebosteotomie zu heilen". Er führt einen operativ geheilten Fall einer Gehstörungen verursachenden 3 cm breiten Knochendiastase an; er sah sich zur Konstruktion eines eigenen „Beckenschlosses" veranlaßt, um derartige Diastasen zu vermeiden bzw. zu heilen. Diese wenigen veröffentlichten Fällen zeigen eine nicht zu verkennende Besserung der Resultate.

III. Kaiserschnitt.

Die klassische Sectio caesarea war bisher bei strenger Indikation beschränkt auf absolut reine Fälle, welches Bestreben so weit ging, daß teilweise von Autoren (Richter[139]) eine Aufnahme in die Klinik schon 14 Tage vor der Entbindung, stehende Blase, keinerlei innerliche Untersuchung usw. gefordert wurde. Demgegenüber bezweckte die Wiederaufnahme des extraperitonealen Verfahrens mit seinen Modifikationen (Frank, Sellheim, Latzko, Döderlein usw.) zunächst, durch Fernbleiben von der Bauchhöhle, unter Vermeidung einer Peritonitis, die Entbindung durch Uterusschnitt auch mit Erfolg auf sogenannte unreine, suspekte bzw. infizierte Fälle ausdehnen zu können. Ob dies ohne wesentliche Gefährdung des mütterlichen Lebens und der mütterlichen Gesundheit zulässig ist, bildet den Kardinalpunkt der meisten Debatten oder Veröffentlichungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt. Die Ansichten der Autoren über diesen Punkt sind noch geteilt.

Ein Teil der Operateure sieht in einer Infektion der Mutter mit bestehendem Fieber keine Gegenindikation: Baumm[9]), bei dessen Fällen übelriechendes Fruchtwasser und Fieber mehrmals vorhanden war, 33 mal die klassische Sectio caesarea kontraindiziert war; Küstner[104]), 50% seiner 72 Fälle waren suspekt bzw. infiziert und für klassischen Kaiserschnitt nicht mehr geeignet; Küster[102]), sechsmal klinisch manifest infizierte Fälle, er legt prinzipiell Drainage ein und „kennt seit diesen Erfahrungen keine Kontraindikation mehr gegen den extraperitonealen Kaiserschnitt von seiten der Mutter"; (Frank[48]), „die Operation soll ja erst da anfangen, wo man des Erfolges bei klassischem Kaiserschnitt nicht mehr sicher ist, wo die praktische Keimfreiheit nicht mehr gewährleistet ist"; Latzko[105]) nennt es gerade den Vorzug des wirklich extraperitonealen Verfahrens ohne Gefahr der Peritonitis nicht reine Fälle operieren zu können; v. Franque[51]) hatte unter seinen Operationen 12 unreine, viermal mit bestehendem Fieber; Straßmann[174]), Gutzmann[60]) und Hüffel[80]) berichten von glücklichen Operationen bei bestehendem Fieber.

Die überwiegende Zahl der Autoren schließen manifest infizierte Schwangere bzw. Gebärende mit Temperatursteigerungen auch vom extraperitonealen Kaiserschnitt aus, wenden ihn aber an in den sogenannten verdächtigen, bedingt unreinen Fällen, wo das Fruchtwasser schon längere Zeit abgeflossen ist, Untersuchungen vorhergegangen sind,

kurz in Fällen, bei denen man bisher sich scheute, durch klassischen Kaiserschnitt zu entbinden. So hat Bumm[19]) bei verdächtigen Fällen Vertrauen zu extraperitonealem Vorgehen, scheut jedoch Fieber (Bumm[18]), denn „wer grundsätzlich die Perforation des lebenden Kindes verwirft (wenn Pubiotomie nicht in Frage kommt) und auch infizierte Gebärende durch den Schnitt entbindet, opfert in ca. 5—10% das Leben der Mutter dem Kinde". Döderlein[34]) erkennt die höhere Gefahr für die Mutter bei unreinen Fällen an; Baisch[5]) operiert extraperitoneal bei suspekten Fällen, ohne Fieber, bei nicht ganz keimfreiem Genitale (Baisch [4]); ähnlich verhalten sich Boda [13]); Brandt[17]); Hofmeier[76]); Jung[89]); Kolmogoroff[94]); Litschkuss[109]); Pestalozza[129]); Richter[138]), der den extraperitonealen eine Ergänzung des klassischen Kaiserschnittes in unsauberen Fällen nennt; Schapiro[153]); Sellheim[165]), der nur ausgesprochen Infizierte ausschließt; Sigwart[169]); Stöckel[172]) „wenn wir gelernt haben, sicher extraperitoneal zu operieren, werden wir auch zweifelhafte Fälle in Angriff nehmen können"; Zoeppritz[193]). Die Anhänger einer Modifikation des extraperitonealen Kaiserschnittes, des trans- bzw. intraperitonealen cervicalen, über welchen unter den Methoden (siehe dort) des Kaiserschnittes ausführlich referiert wird, schließen sich betreffs Operabilität infizierter Fälle den eben genannten Ansichten an, d. h. Operation verdächtiger Fälle bei voraussichtlich geringer Infektion, Ausschluß klinisch manifest infizierter mit Fieber. Hierher gehören: Fehling[42]), Franz[52]), Freund[53]), Hastings Tweedy[181]), Henkel[68]), Opitz[124]) und Rindfleisch[140]).

Einige der Autoren wenden sich auch gegen die Ausdehnung des extraperitonealen Kaiserschnittes auf infektionsverdächtige Fälle. Die Erwartungen, die auf ihn gesetzt waren bezüglich infizierter Fälle hat er nicht erfüllt (Henkel[67]). Schauta[154]) schließt alle mit verdächtigen bzw. unreinen Händen untersuchte Gebärende von jeglichem Kaiserschnitt aus. Pankow[127]) operiert auch in verdächtigen Fällen nicht extraperitoneal, noch viel weniger in infizierten[128]). Die erhoffte Möglichkeit, infizierte Frauen mit gutem Erfolg für Mutter und Kind extraperitoneal zu operieren, ist nach Neu[113]) nicht eingetreten. Nach Roth[144]) ist die Indikationsbreite des extraperitonealen wohl kaum noch größer als bei klassischem Kaiserschnitt.

Die eifrigsten Anhänger des extraperitonealen Kaiserschnittes gingen nun noch weiter und wollten überhaupt an Stelle des alten klassischen Kaiserschnittes den extraperitonealen gesetzt wissen, auch in reinen Fällen. So Stoeckel[165]), der den klassischen nur noch bei gleichzeitiger Tubensterilisation vorzieht; Sellheim[154]); Döderlein[34]); Baisch[5]); Latzko[105]); Küstner[103]); Baumm[9]) und Fraipont[46]).

Diesen treten die Gegener des extraperitonealen entgegen, welche den klassischen Kaiserschnitt in Gefahr sahen, durch den extraperitonealen verdrängt zu werden. Sie heben die mannigfachen Nachteile des extraperitonealen im Gegensatz zu der einfachen Technik des klassischen Kaiserschnittes hervor. Diese Nachteile sind besonders von Schauta[154]) beleuchtet worden:

1. Gefahr der Zellgewebswunde: Schauta[156]) hat einen Todesfall an Verjauchung der Bindegewebswunde erlebt, ebenso mehrere andere Autoren. Döderlein[35]) hat unter seinen vielen Fällen nur einige Male eine prima intentio gesehen, weshalb er jetzt grundsätzlich drainiert. Ebenso legt Küster[102]) prinzipiell einen Gazestreifen ein. Auch die meisten anderen Autoren raten zum Drainieren: Bumm[19]), Baisch[5]), Latzko[105]). Baumm[9]) legt einen Drain nach der Vagina und Glasdrains nach außen, letztere auch bei reinen Fällen. Stöckel[172]) schließt stets die Wunde ganz nach exakter Blutstillung. Experimentell hat Baisch[6]) diese Frage studiert und kommt zu folgenden Schlüssen: „Das Bindegewebe kann noch eine Infektion abwehren, wo das Peritoneum bereits versagt, auf Kaiserschnitt angewendet, bei unreinen Fällen ist die Gefahr eines tödlichen Ausganges bei extraperitonealem nicht so groß als bei intraperitonealem."

2. Nebenverletzungen der Blase und des Peritoneums, wobei durch letztere das extraperitoneale Vorgehen hinfällig wird. Baumm[9]) hatte in 50% Einrisse des

Peritoneum zu verzeichnen, ebenso werden solche von allen anderen Operateuren berichtet; können auch solche kleine Einrisse sofort bemerkt und durch Naht geschlossen werden, so wird bei unreinen Fällen doch der Erfolg der Operation beeinflußt (Baumm[9]) zum Schaden der Mutter. Derartige Verletzungen des Peritoneums müssen eben bei zunehmender Übung vermieden werden (Döderlein[35]), Stöckel[172]). Blasenverletzungen kommen bei einiger Übung nicht mehr vor, zumal bei den Methoden Latzko-Döderlein[35]).

3. Schwere Extraktion des Kindes und größere Gefahr desselben: Diese werden von den meisten zugegeben. Döderlein[35]) legt die Zange bei Beckentieflagerung an. Baumm[9]) rät, mit Vornahme der Operation nicht zulange zu warten. Die etwas größere Mortalität der durch extraperitonealen Kaiserschnitt entbundenen Kinder ist wohl durch diese erschwerte Extraktion zu erklären (Bumm[18]).

4. Schwierige Technik. Daß die Operation schwieriger ist als der klassische Kaiserschnitt ist freilich zuzugeben (Frank[48]), aber die Operation soll ja erst da anfangen, wo man des Erfolges bei klassischem Kaiserschnitt nicht mehr sicher ist.

5. Endlich wird noch auf die eventuellen Spätfolgen, Verlagerungen des Uterus, Rupturgefahr hingewiesen. „Man forsche den Daueresultaten bei extraperitonealem Kaiserschnitt nach" (Schauta[156]). Über diesen Punkt sind in den letzten Jahren viele Untersuchungen angestellt worden, welche fast ausnahmslos zugunsten des extraperitonealen Kaiserschnittes sprechen. Bumm[19]) beobachtet, daß aseptische Fälle beim Verlegen des Schnittes in den unteren Umfang des Uterus auffallend leicht und günstig verlaufen. Döderlein[35]) und Baisch[5]) betonen die leichte Rekonvaleszenz nach extraperitonealer Entbindung, die ähnlich dem Unterschied bei vaginalen Operationen und Laparotomien ist, kein Unterschied von normalen Wöchnerinnen ist zu bemerken; die Dauerresultate sind „geradezu gut" zu nennen (Döderlein[36]). Frank[49]) und Hartmann[63])[64]) beobachteten weder eine Dehnung noch Dehiszenz der Uterusnarbe, auch keine Retroflexionen; Wiederholungen der Operation ergaben keine Schwierigkeit. Küstner[104]): Das spätere Befinden der durch extraperitonealen Kaiserschnitt entbundenen Frauen war stets ein sehr gutes und verschiedentlich erfolgten spätere Geburten anstandslos; Adhäsionsbildung wurde nie beobachtet, da das Peritoneum ohne eine Spur von Reaktion bleibt. Nach Litschkuss[110]) sind in der Literatur niedergelegte Geburten nach extraperitonealem Kaiserschnitt alle ohne Schaden für die Mutter verlaufen, er selbst hat 2 beobachtet. Nur von Hartmann[63]) wurde Antefixation der Cervix mit Retroflexio des Corpus uteri im Wochenbett einige Male gefunden, von Litschkuss[109]) 2 mal. Schauta[158]) sah sich wegen starker Schmerzen bei einem nach extraperitonealer Sectio caesarea hoch oben fixiertem Uterus zur Totalexstirpation gezwungen.

Während auch in den letzten Jahren Fälle von Uterusruptur nach Sectio caesarea classica bekannt wurden, Jolly[86]) und Schwartz[162]), ist keine solche vom extraperitonealen Kaiserschnitt gemeldet. Bumm[19]) sah einmal eine Verdünnung der Schnittnarbe des Uterus, die sich durch Fruchtwasser blasenförmig vorwölbte, so daß man zuerst glaubte, die Vesica urinaria vor sich zu haben. An die Ruptur einer solchen Stelle ist natürlich zu denken, aber die Rupturstelle liegt dann eben extraperitoneal. Daß die Rupturgefahr keine große ist, demonstrieren Hartmann und Loeschke[66]) und Hartmann[65]) am anatomischen Präparat, bei welcher Gelegenheit Schauta[157]) anerkennt, daß er jetzt selbst die Rupturgefahr für geringer hält, als aus früheren Mitteilungen von ihm hervorging. Nach Becker[10]) bietet die Narbe keine Gefahr bei späteren Geburten, Selbstbeobachtung einer späteren Spontangeburt und in mehreren Fällen Revision der Narbe bei späteren Kaiserschnitten. Mayer[114]) erklärt auf Grund von Nachuntersuchungen an 70 Fällen die Angst vor der Cervixnarbe als gänzlich unbegründet.

In Anbetracht der Nachteile des extraperitonealen Kaiserschnittes und seines Versagens in infizierten Fällen lehnt eine Anzahl Autoren denselben gänzlich ab und

bringt nach wie vor die Sectio caesarea classica zur Ausführung. Hier sind zu nennen: Schauta[154]), [156]), Leopold[107]), Roth[144]), Gibbon[57]), Holländer[79]) und Kouwer[95]) Petersen[131]) operiert auch bei suspekten Fällen mit gutem Erfolg nach der klassischen Methode, ebenso Grosse[59]) und Le Lorier[111]), der den klassischen Kaiserschnitt nach 3tägigem Kreißen, 1 mal nachdem vorher Metreurynter eingelegt war, noch mit gutem Erfolg vornahm und die Erwägung für berechtigt hält, ob nicht auch bei zweifelhaften Fällen der klassische dem extraperitonealen überlegen ist.

Ein anderer Teil nimmt bei reinen Fällen nach wie vor den klassischen Kaiserschnitt vor, bedient sich aber bei zweifelhaften Fällen eines extraperitonealen Vorgehens. Zu diesen gehören: Bumm[18]),[19]), Brandt[17]), Everke[40]), Frank[48]), Hartmann[64]), Hofmeier[76]), v. Franqué[51]), Jung[89]), Pestalozza[129]), Richter[138]) und Zoeppritz[193]).

Ein dritter Teil der Operateure ging über zu einer Abart des extraperitonealen Kaiserschnittes zu dem trans- bzw. intraperitonealen cervicalen Kaiserschnitt. Sie gingen davon aus, daß eine Eröffnung des Peritoneums bei extraperitonealem Vorgehen sehr oft nicht zu vermeiden ist, besonders bei der wegen des engen Raumes schwierigen Extraktion des Kindes oft erst eintritt, womöglich ohne daß es bemerkt wird. Sie benutzen den Vorteil des Einschnittes in den cervicalen Uterusabschnitt und verlagern durch Abschließung mit Peritoneum die Wunde extraperitoneal, eine große Bindegewebswunde wie bei extraperitonealem Vorgehen vermeidend. (Beschreibung der Technik Pankow[128]), Seite 27.) Ein Einfließen von Fruchtwasser in die Bauchhöhle wird durch Abstopfen bei Belassen des Uterus in situ durch Kompressen verhindert. Nach dieser Methode operieren: Fehling[42]), [44]), der dieses Vorgehen zum Allgemeingut der Ärzte empfiehlt; Franz[52]), Freund[53]), Henkel[67]),[68]), der betont, daß auch Folgezustände des extraperitonealen Kaiserschnittes, Antefixatio cervicis, hier mit Sicherheit vermieden wird; Hastings Tweedy[181]), Kroemer[99]), Pankow[127]),[128]), Rindfleisch[140]) und Walcher[188]).

Von den extraperitonealen Methoden wird am meisten die Latzko-Döderleinsche benutzt: Baumm[9]), Bumm[18]), Cholmogoroff[23]), Döderlein[35]) (genaue Angabe der Technik), v. Franqué[51]), Jung[87]), Küster[102]), Küstner[104]), Litschkuss[109]), Pestalozza[129]), Schapiro[153]), Sigwart[169]) und Stöckel[171]). Nach Sellheim operiert Sellheim[165]),[166]), Fetzer[45]), Morawski[119]); Frank[48]) nach eigner Methode. Die Solms sche[170]) Methode wird nur von Töpfer[180]) und Dührssen[37]) empfohlen, von vielen anderen als unnötig abgelehnt.

Polano[136]) schlägt eine Methode vor, die er Sectio caesarea cervicalis posterior betitelt. Nach Henkel[67]) (Seite 246) hatte Cohnstein schon 1881 genau die gleiche Operation vorgeschlagen. Der Uterus wird, wie der Name sagt, an der Rückwand im Cervicalteil aufgeschnitten, wobei eine Drainage durch den Douglas nach dem hinteren Scheidengewölbe hin möglich ist. Polano hat 4 Fälle, 2 suspekte, mit gutem Erfolg nach der Methode operiert.

Eine neue Methode der Sectio caesarea classica bei infiziertem Uterus gibt Arthur Mueller[122]) an, er hat 2 Fälle mit gutem Ausgang trotz schwerer Infektion operiert. Er führt die klassische Sectio aus, bildet dann aber über der Serosanaht des Uterus eine Peritonealtasche durch Annähen des Peritoneum parietale an die Uterusserosa rings um die Uteruswunde in etwa 2 cm Entfernung, diese Tasche drainiert er ausgiebig nach außen. Bovis[15]) macht auf die bei dieser Methode eventuell eintretende Adhäsion des Uterus an der Bauchwand und spätere Rupturgefahr angesichts der Secunda intentio der Uteruswunde aufmerksam.

Davis[28]) modifiziert den klassischen Kaiserschnitt, indem er den Hautschnitt oberhalb des Nabels anlegt, den Uterus in situ einschneidet und das Kind im uneröffneten Eihautsack entfernt. Nach Kontraktion des Uterus berühren sich die Nahtreihe des Uterus und der Bauchwand nicht, wodurch Adhäsionen vermieden werden. Die Erfolge sprechen allerdings nicht für die Methode, er verzeichnet bei 134 Fällen 12,7% mütterliche und 17,8% kindliche Mortalität.

Veit[183]) operiert neuerdings wieder nach dem alten Vorschlag von Fritsch und benutzt dessen Fundusquerschnitt, wobei er Wert darauf legt, daß kein Fruchtwasser in die Bauchhöhle fließt, was durch Herauswälzen des Fundus und Zuklemmen der Bauchhöhle während der Eröffnung des Uteruscavums erreicht wird.

Die Erfolge des extraperitonealen und transperitonealen cervicalen Kaiserschnittes sind in Tabelle II zusammengestellt. Es ist hervorzuheben, daß unter den Fällen sehr viele, ca. 50%, unreine sich befinden, die nach Mitteilung der Autoren sich

Tabelle II.

Name	Methode	Anzahl der Fälle	Art der Fälle	Mütter †	Kinder †
	A. extraperitoneale:				
1. Baumm[9])	a) rein extraperitoneal	50	suspekte	1	} 5
	b) extrap. mit teilweiser Eröffnung des Peritoneums	50	infizierte	3	
2. Becker[10]) (Bonn)	4 × transp. 30 × Latzko	34	1 × schwer infiz.	1	0
3. Cholmogoroff[23])	Latzko	1	—	0	1
4. Döderlein[35]) / Baisch[5])	Döderlein	50	auch suspekte	2	4
5. Fetzer[45]) (Tübingen)	Sellheim	17	—	0	1
6. Frank[48])	Frank	45	auch suspekte	0	4
7. Litschkuss[109])	Latzko	2	zweifelhafte	0	0
8. Küstner[104])	extraperitoneal	72	50% kl. sect. kontraindiziert	0	4
9. Morawski[119])	Sellheim	9	—	0	0
10. Pestalozza[129])	Latkzo-Döderlein	10	auch suspekte	0	—
11. Richter[138]) (Dresden)	transp., Sellheim, Latzko	12	suspekte, 1 × 38,2°	1	0
12. Sellheim[165])	Sellheim	46	auch suspekte	5	6
13. Schapiro[153])	Latzko-Döderlein	2	verdächtige	0	0
14. Sigwart[169]) (Bonn)	Latzko u. transp.	41	23 × infiz. bzw. verdächtig	2	1
	B. trans- bzw. intraperitoneal-cervicale:				
15. Freund[53])		37	auch infizierte	0	—
16. Tweedy[181])		3	infektionsverdächtig	0	0
17. Henkel[68])		33	suspekte	1	0
18. Opitz[125])		21	unreine	0	1
19. Schäfer[151]) (Franz)		50	auch verdächtige	2	1
20. Walcher[188]) (Straßburg)		15	—	1	2
		616		19 = 3%	30 = 4,9%

für den klassischen Kaiserschnitt bei strenger Indikation nicht mehr eigneten. Die Mortalität der Mutter beträgt 3%; die Kindersterblichkeit = 4,9% hängt vielleicht mit der schwierigen Extraktion zusammen, außerdem wurde wohl bei manchen Fällen dem Sinne der exspektativen Geburtsleitung gemäß etwas lange mit dem operativen Eingriff gewartet. Für die 159 Fälle transperitonealen cervicalen Kaiserschnittes berechnet sich die Mortalität der Mutter auf 2,5%, ebenso der Kinder auf 2,5%.

IV. Übrige Methoden.

(Kraniotomie, hohe Zange, prophylaktische Wendung, künstliche Frühgeburt.)

Bei der klinischen, chirurgisch-geburtshilflichen Behandlung des engen Beckens ist natürlich die Anwendungsbreite der bisherigen Methoden eine recht enge und bleiben diese Methoden nach wie vor nur für den Praktiker von großer Wichtigkeit.

1. Kraniotomie: So ist vor allem die Perforation des lebenden Kindes von den

meisten Autoren aufgegeben oder wird stark eingeschränkt. Nur wenn schwere Infektion der Mutter größere Eingriffe nicht erlaubt und die Porrosche Operation noch nicht indiziert ist, tritt dieselbe in ihre Rechte. In diesem Sinne kommt die Kraniotomie zur Anwendung bei Baisch[4]) (nur bei schwer septischem), bei Bumm[18]), v. Franqué[51]) (nur noch bei schwer infiziertem und absterbendem Kinde), Jung[88]), Menge[115]), Pankow[137]), Scheffzeck[159]), Stoeckel[171]) u. a. Einstimmig wird der Wert der Kraniotomie des lebenden Kindes und hautpsächlich des abgestorbenen Kindes für den Geburtshelfer der Praxis betont, der völlig damit vertraut sein muß (Stoeckel[171]).

2. Hohe Zange: Die „richtige" hohe Zange bei engem Becken an dem beweglich über dem Beckeneingang stehenden kindlichen Kopf anzulegen wird annähernd einstimmig verworfen, besonders dem Praktiker eindringlich widerraten von Baisch[4]), Fehling[42]), Fetzer[45]), Jung[87]), Menge[115]), Stöckel[172]), Veit[182]). Opitz[124a]) rät, die Studenten diese „richtige" hohe Zange gar nicht zu lehren. Croom[25]) berichtet über 4% tote Mütter und 40% tote Kinder bei diesem Eingriff. Bei fest im Beckeneingang stehendem Kopf treten einige für die hohe Zange ein: Pestalozza[139]), v. Herff[70]), Hofmeier[76]). Einige schließlich raten zu derselben noch als letztem Versuch vor der Perforation des lebenden Kindes, wodurch nach Schauta[155]) doch noch ca. 50% der dem Tode geweihten Kinder zu retten sind. Auch v. Franqué[51]), Freund[54]), Hüffel[80]), Scheffzeck[159]) pflichten dem bei; Metzler[116]) erzielte bei 10 hohen Zangen 9 lebende Kinder.

3. Prophylaktische Methoden: Dem Sinn der exspektativen Geburtsleitung bei engem Becken entsprechend mit dem Abschluß bei Unmöglichkeit der spontanen Geburt durch Kaiserschnitt oder Hebosteotomie werden von den Anhängern dieser Methoden selbstverständlich die prophylaktischen Entbindungsverfahren (prophylaktische Wendung und künstliche Frühgeburt) abgelehnt.

a) Die prophylaktische Wendung wird in der Klinik von allen abgelehnt, Stöckel[171]) bezeichnet sie direkt als „historisch". Nur v. Herff[70]) legt noch ein gutes Wort für sie ein (nicht bei I. P.) gemäß seiner Ablehnung der neuen chirurgischen Methoden. Auch Scheffzeck[160]) und Saks[150]), dieser nur bei Conjugata vera von 9 cm aufwärts, kennen dieselbe noch.

b) Die künstliche Frühgeburt wird grundsätzlich abgelehnt von Baisch[3]), Fetzer[45]), Menge[115]), Opitz[124a]), Sellheim[165]), Veit[182]) u. a. Ein Teil der Autoren erkennen deren Brauchbarkeit an, aber nur in Ausnahmefällen, so Jung[90]) (empfiehlt sie dem Praktiker), v. Franqué[51]), Fehling[42]) (bei M. P. über 8 cm Conj. vera), Scipiades[163]), Metzler[116]), Stöckel[172]) Yamasaki[191]), Hüffel[80]) (bei Verweigerung anderer Eingriffe); Schauta[155]) greift zu ihr in seltenen Fällen, wenn die Kinder erfahrungsgemäß zu groß geraten. Allgemein wird der schlechte primäre und spätere Erfolg für das Kind hervorgehoben, die Mortalität geht von 30% bei Croom[25]) bis 50% bei Metzler[116]). Viele der Kinder sterben im 1. Lebensjahr (Saks[150]), bei Delaigne[30]) lebten von 78 Frühgeborenen nur 30 noch nach längerer Zeit.

Es findet sich jedoch eine Reihe von eifrigen Anhängern der künstlichen Frühgeburt: Hauptsächlich tritt v. Herff[70]) als Verfechter derselben auf, aber auch er gibt eine Mortalität der Kinder von 20% an, der Mütter von 0%. Er betont die geringe Morbidität der Mutter im Gegensatz zu der häufig langdauernden Rekonvaleszenz der mit beckenspaltender Operation oder extraperitonealem Kaiserschnitt Entbundenen. Seine Technik der Einleitung ist der Blasenriß (Münch. med. Wochenschr. 1908, S. 2595). Auch Scheffzeck[159]), [160]) tritt für die künstliche Frühgeburt ein mit 70% lebenden Kindern (= 30% Mortalität), die Wichtigkeit eines kurzen Wochenbettes für die arbeitenden Frauen betonend. Für die Beibehaltung der künstlichen Frühgeburt spricht sich auch Hofmeier[74]) aus, ebenso Leonhardt[106]) mit einer Arbeit aus der Landeshebammenschule Stuttgart, wo 87,4% Kinder lebend zur Welt gebracht, 63,6% lebend entlassen wurden, dabei eine mütterliche Mortalität von 1,27%. Bagger-

Evergensen[1]) verzeichnet 90% lebende Kinder bei Einleitung nicht vor der 35. Woche und Conj. vera nicht unter 8,5 cm. Auch Donald[33]) beschränkt die Frühgeburteinleitung auf Becken von Conj. vera nicht unter 8 cm; nach ihm verwerfen nur diejenigen die künstliche Frühgeburt, die keine Erfahrungen darin haben. Das passende Gewicht des Kindes bei Einleitung der Frühgeburt soll nach ihm 2500 g sein, er findet dieses Gewicht durch Messung des Kindes: Die Höhe des Uterus einer liegenden Frau am Ende der Gravidität = 35 cm, das Gewicht des ausgetragenen Kindes=3300 g: pro 1 cm unterhalb der normalen Uterusgröße sind von 3300 g 200 g abzuziehen. Endlich berichtet noch Véron[186]) über sieben künstliche Frühgeburten bei derselben Frau, deren Kinder bis auf eines (mit 16 Monaten an Meningitis verstorben) alle leben.

Im Anschluß an die prophylaktischen Methoden sei schließlich kurz die Brünninghausen-Prochowniksche Diätkur erwähnt: v. Franqué[51]) hat hie und da einen Erfolg damit gesehen, ebenso Scipiades[163]); Veit[182]) verhält sich der Methode ablehnend gegenüber, bei den meisten ist sie gar nicht erwähnt. Auch v. Herff[70]) hält sie für unsicher und nur bei mäßiger Dystokie in etwas brauchbar, außerdem stellt sie große Ansprüche an die Konsequenz der Mutter und ist zudem noch teuer.

Zum Schluß seien noch die neuerdings aufgetauchten Bestrebungen zur „Heilung des engen Beckens" angeführt. Rotter[145]) glaubt durch „Reduktion des Promontoriums" (Abmeißelung des Promontoriums), ohne die Festigkeit der Wirbelsäule zu beeinträchtigen, die Conj. vera um $1^1/_2$—2 cm verlängern zu können. Er hat seine Leichenversuche bisher einmal[146]) auf die lebende nicht schwangere Frau ausgedehnt und ein 1,5 cm breites Stück des Promontoriums reseziert, eine Geburt bei der operierten Frau war bisher noch nicht zu beobachten. Unabhängig von Rotter hat Schmid[161]) im Anschluß an eine Sect. caes. classica bei engem Becken eine Resektion des Promontoriums vorgenommen, um eine bleibende Erweiterung des knöchernen Beckens zu schaffen. Gerstenberg[58]) hat Bedenken gegen eine solche Abmeißelung aus statischen Gründen und glaubt außerdem auf Grund seiner eigenen Leichenversuche, daß die Verlängerung der Conj. vera nur eine geringe sein wird und höchstens Becken bis 8,5 cm Conj. vera in Betracht kommen, nicht wie Rotter vorschlägt, bis 7 cm.

Endlich sei noch ein Vorschlag von Baisch[4]) erwähnt, durch Bekämpfung der Rachitis die Zahl der engen Becken prophylaktisch zu vermindern.

Literaturverzeichnis.

1. Bagger-Evergensen, Über die künstliche Frühgeburt beim engen Becken. Arch. mens. d'obstétric. et de gynécolog. 1912. Februar. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1381.
2. Bail, Die Therapie des engen Beckens an der Universitätsfrauenklinik zu Würzburg im Jahre 1909. Inaug.-Diss. Würzburg 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 450.
3. Baisch, Hebosteotomie und extraperitonealer Kaiserschnitt. Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 46.
4. — Das enge Becken. Prakt. Ergeb. d. Geb. u. Gynaekol. I. Jahrg. Wiesbaden 1909.
5. — Der extraperitoneale Kaiserschnitt auf Grund von 50 Fällen. 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1482.
6. — Experimentelles zur Gefährlichkeit der intra- und extraperitonealen Infektion. Archiv f. Gynaekol. Bd. 98, H. 1.
7. — Jahresbericht über die Fortschritte d. Geburtsh. u. Gynaekol. 24. Jahrg. 1910.
8. Baumm, Vorstellung einer Symphyseotomierten. Gynaekol. Gesellsch. i. Breslau 24. Jan. 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 750.
9. — Erfahrungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt. Deutsche med. Wochenschr. 1913, S. 212.
10. Becker, Über den extraperitonealen Kaiserschnitt unter besonderer Berücksichtigung von 34 Fällen aus der Universitäts-Frauenklinik. Inaug.-Diss. Bonn 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1410.
11. Bleich, Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1908/09 bis 1910/11. Inaug.-Diss. Breslau 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1292.
12. Blos, Zur Technik der Hebosteotomie. 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1485.

13. Boda, Indications respectives de l'opération césarienne conservative tardive et de l'opération de Porro dans les dystocies pelviennes. Inaug.-Diss. Lille 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 724.
14. Bovis, Technik der Pubiotomie. Obstétrique 1911, Nr. 4, April. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1470.
15. — Kaiserschnitt bei infiziertem Uterus. Semaine méd. 1913, S. 110. Ref. in Zeitschr. f. d. ges. Geburtsh. u. Gynaekol. 1913, H. 1, S. 346.
16. Brandt, Hebosteotomie. Norsk magazin for laegevidenskaben 70. Jahrg., S. 515. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1122.
17. — Die verschiedenen Kaiserschnitte, ihre Technik und ihre Indikationen. Norsk magazin for laegevidenskaben 72. Jahrg., S. 1059. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 941.
18. Bumm, V. intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 45.
19. — Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. in Berlin 9. Febr. 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1543.
20. v. Canstein, Beitrag zur Frage der Hebosteotomie. Wiener klin. Rundschau 1910, Nr. 43, 44.
21. Canton, 1. Serie von 24 in Südamerika veröffentlichten Fällen von Pubiotomie. Revue de la clin. obstétr. et gynéc. Buenos Aires. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 423.
22. Charles, Der wiederholte Kaiserschnitt, 6. Kaiserschnitt bei derselben Frau. Journ. d'accouchements 1912, Nr. 5. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 939.
23. Cholmogorow, Ein extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko. Journ. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1910. (Russisch.) Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1134.
24. Costa, Über die Technik der Pubiotomie. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 177.
25. Croom, Einige Betrachtungen über das enge Becken. Transact. of the Edinb. obstetr. soc. 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1291.
26. Christofoletti, Geb.-gynaekol. Gesellsch. in Wien 14. Juni 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 311.
27. — Die Erfolge der Hebosteotomie. Gynaekol. Rundschau 1910, H. 18. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 46.
28. Davis, Moderne Methoden der Sectio caesarea. Amer. Journ. of obst. and dis. of w. and children 1912. Juli. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1410.
29. — Sectio caesarea classica. Amer. Journ. of obst. 1913, S. 451. Ref. in Zeitschr. f. d. ges. Gynaekol. u. Geburtsh. 1913, H. 1, S. 650.
30. Delaigne, L'accouchement prématuré dans les rétrécissements du bassin. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 728.
31. Deus, Über spätere Geburten nach Hebosteotomie auf Grund von 17 Fällen aus der Königl. Charité-Frauenklinik. Gynaekol. Rundschau 1912, H. 12. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1547.
32. Doléris, Die Sectio caesarea. Gynécologie 1911, Nr. 2. Februar. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1134.
33. Donald, Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei mäßig verengtem Becken. Journ. of obst. and gyn. of the brit. empire 1912. Februar. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1380.
34. Döderlein, V. Intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 45.
35. — Über extraperitonealen Kaiserschnitt und Hebosteotomie. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **33**, H. 1.
36. — VI. Intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in Berlin 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 40.
37. Dührssen, VI. Intern. Kongreß f. Geburth. u. Gynaekol. in Berlin 1912. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1912, Nr. 40.
38. Engel, Zur Symphyseotomiefrage. Inaug.-Diss. Bonn 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1293.
39. Esch, Wie viele ausgetragene Kinder passieren beim platten Becken in Sch. L. spontan den Beckeneingang und kommen lebend zur Welt? 15. Vers. d. dtsch. Gesellsch. f. Gynaekol. Halle a. S. 1913. Ref. in Zeitschr. f. d. ges. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **1**, H. 1, S. 697.
40. Everke, 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1486.
41. Faure, L'accouchement dans les bassins plats rachitiques. Diss. Bordeaux 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 724.
42. Fehling, Soll die Hebosteotomie ihren Platz in der operativen Geburtshilfe bewahren? Hegars Beiträge z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **16**, S. 210.
43. — 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1485.

44. Fehling, Über den cervicalen Kaiserschnitt und sein Verhältnis zur Hebosteotomie. Straßb. med. Zeitschr. 1910, Nr. 7. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 42.
45. Fetzer, Über Geburtsleitung beim engen Becken. Archiv f. Gynaekol. 97, S. 596.
46. Fraipont, Über den suprasymphysären Kaiserschnitt. Obstétrique 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1337.
47. Frank, V. intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 45.
48. — Über den subcutanen Symphysenschnitt und die suprasymphysäre Entbindung. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **32**, H. 6, S. 680.
49. — VI. intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in Berlin 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 40.
50. — 84. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1357.
51. v. Franqué, Die Therapie beim engen Becken nach den Erfahrungen der Prager und Gießener Klinik. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **31**, S. 701.
52. Franz, Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. in Berlin 9. Februar 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1546.
53. Freund, 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1487.
54. — Wandlungen in der Kaiserschnittfrage. Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 45.
55. Freudenthal, Ein (neuer) Kunstgriff zur (unblutigen) Erweiterung des gradverengten Beckens. Berliner klin. Wochenschr. 1913, Nr. 15, S. 688.
56. Gerstenberg, Bemerkungen zu Rotters „Verfahren zur Heilung enger Becken". Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, S. 409.
57. Gibbon, Über Kaiserschnitt und die Wiederholung des Kaiserschnittes beim engen Becken. Transact. of the Edinb. obst. soc. 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 939.
58. Gluskinos, Experimenteller und klinischer Beitrag zur Hebosteotomie. Inaug.-Diss. Breslau 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1195.
59. Grosse, Konservativer Kaiserschnitt, ausgeführt längere Zeit nach Blasensprung. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Bd. VII, H. 4. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1288.
60. Gutzmann, Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. zu Berlin 9. Februar 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1546.
61. Haarbleicher, Beobachtungen bei 16 nicht ausgewählten Fällen von Hebosteotomie in den Kliniken von Berlin, München, Königsberg. Journ. of obst. and gyn. of the brit. empire 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 160.
62. Harrar, Wann ist die hohe Zange gerechtfertigt? Amer. Journ. of obst. 1913, S. 217. Ref. in Zeitschr. f. d. ges. Gynaekol. u. Geburtsh. 1913, H. 1, S. 247.
63. Hartmann, Über Geburten nach suprasymphysärem Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 939.
64. — Über wiederholte suprasymphysäre Entbindung. Gynaekol. Rundschau III. Jahrg., Nr. 20. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 668.
65. — 84. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1353.
66. — und Loeschke, Die Uterusnarbe nach suprasymphysärem Kaiserschnitt. Gynaekol. Rundschau 1913, H. 10, S. 354.
67. Henkel, Zur Kaiserschnittfrage. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **66**, H. 2.
68. — Der cervicale, transperitoneale Kaiserschnitt. VI. Intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in Berlin 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 40, S. 1306.
69. Heil, 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1486.
70. v. Herff, Die kausale Behandlung einer Dystokie bei engem Becken. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 43, S. 2217.
71. — 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1485.
72. Hirst, Die Vorteile des suprasymphysären extraperitonealen Kaiserschnittes in reinen sowohl wie in infizierten Fällen. Amer. Journ. of obst. 1913, S. 456. Ref. in Zeitschr. f. d. ges. Gynaekol. u. Geburtsh. 1913, H. 1, S. 700.
73. v. d. Hoeven, Die Möglichkeit einer erneuten Schwangerschaft nach dem klassischen Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1724.
74. — Die Stellung der verschiedenen Kunstgeburten in bezug aufeinander. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1913, S. 289.
75. Hofmeier, Über die Stellung der künstlichen Frühgeburt in der Therapie des engen Beckens. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **36**, Ergänzungsheft. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1662.

76. Hofmeier, Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 22. Januar 1910. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **31**, S. 644.
77. Holländer, Über 5 Fälle von Hebotomie. Obstétrique 1910, Nr. 4. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1341.
78. — Über die Hebosteotomie im Anschluß an 5 Fälle. Orvosi Hetilap 1910, Nr. 27. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 917.
79. — Die neueren Fortschritte der Geburtshilfe. Budapesti Orvosi Ujsag, Szül. és kögyógyás 1911, Nr. 2. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1161.
80. Hüffel, Zur Geburtsleitung beim engen Becken. Fortschr. d. Med. **31**, S. 148. 1913. Ref. in Zeitschr. f. d. ges. Gynaekol. u. Geburtsh. 1913, H. 1, S. 145.
81. Jaeger, Über Spontangeburten bei engem Becken. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 26.
82. Jagodzinski, Über das enge Becken im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin. Inaug.-Diss. Rostock 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 451.
83. Jakobson, Die Hebotomie in Amerika. Newyorker med. Monatsschr. 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1671.
84. Jarzew, Zur Pubiotomiefrage. Journal f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1910. St. Petersburg (Russisch). Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1470.
85. Jéannin und Cathala, Über die Prognose uud Indikation der Hebosteotomie. L'Obstétrique 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1086.
86. Jolly, Uterusruptur in der alten Kaiserschnittnarbe. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. zu Berlin. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1542.
87. Jung, Zur Indikationsstellung und Technik für den klassischen und extraperitonealen Kaiserschnitt und für die Hebosteotomie. Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 17.
88. — Über die Behandlung des engen Beckens in Praxis und Klinik. Med. Klin. 1910, Nr. 22
89. — VI. Int. Kongr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. in Berlin 1912. Diskussion. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 40.
90. — Die Behandlung des engen Beckens in Praxis und Klinik. Frauenarzt 1912.
91. Kastelian-Kastelianski, Cervicaler Kaiserschnitt für Indikation und Methode. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1411.
92. Kehrer, Die subcutane Symphyseotomie von Frank. Archiv f. Gynaekol. 1913, S. 294.
93. Koch, Der Kaiserschnitt in der allgemeinen Praxis. Inaug.-Diss. Kiel 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 939.
94. Kolmogoroff, V. Int. Kongr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 45.
95. Kouwer, Der klassische und der extraperitoneale, suprasymphysäre Kaiserschnitt. Obstétrique 1911. Jan. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 669.
96. Kriwsky, Zur Frage der wiederholten Pubiotomie. Journal f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1910, S. 725. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 326.
97. — Zur Frage von der Hebosteotomie. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1913, **37**. H. 4.
98. Kroemer, Die Berechtigung der Pubeotomie. Deutsche med. Wochenschr. 1910, Nr. 36.
99. — 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte Karlsruhe 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1487.
100. Krug, Über Beckendehnung. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910. Nr. 24.
101. Kupferberg, Zur Symphysiotomie. Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol.. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **36**, S. 125.
102. Küster, 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte i. Karlsruhe 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1486.
103. Küstner, Gynaekol. Ges. in Breslau. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 750.
104. — VI. Int. Kongr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. in Berlin 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 40, S. 1306.
105. Latzko, Die Indikation zum extraperitonealen Kaiserschnitt bei engem Becken. Frauenarzt 1910, H. 6.
106. Leonhardt, 230 Fälle künstlicher Frühgeburt bsi engem Becken. Inaug.-Diss. Straßburg 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1381.
107. Leopold, Welche Stellung nimmt die Sectio caesarea classica zur Hebosteotomie und zum extraperitonealen Kaiserschnitt ein? Archiv f. Gynaekol. **91**, H. 2 und Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 364.
108. Leuenberger, Über die Radikaloperation der Hebosteotomiehernie und die Knochennaht der Diastase. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **68**, H. 2, S. 387.
109. Litschkuss, Der gegenwärtige Stand der Frage über den suprasymphysären (extraper.) Kaiserschnitt. Journal f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1910, S. 637 (Russisch). Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 325.
110. — Zur Frage über den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt nach extraperitonealem Kaiserschnitt nebst einigen Bemerkungen zur Sterilisation der Frau. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. **36**, H. 6.

111. Le Lorier, Der konservative Kaiserschnitt nach dem Blasensprung. Obstétrique 1911, Nr. 11. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1288.
112. Massini, Die Technik der Pubiotomie nach Gigli. Frauenarzt 1910, H. 10. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 424.
113. Mayer, Über den Einfluß der Beinhaltung auf das Klaffen des durchsägten Beckens und ihre Bedeutung für die Weichteilverletzungen bei Hebosteotomie. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, Nr. 3, S. 97.
114. — 84. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912. S. 1353 ff.

115. Menge, Zur Therapie des engen Beckens. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 31, S. 687.
116. Metzler, Geburtsverlauf und Therapie beim engen Becken. Archiv f. Gynaekol. Bd. 40, H. 3.
117. Meyrignac, Des rédressements du bassin. Diss. Toulouse 1909. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 724.
118. Michler, Zur Technik und Prognose des Kaiserschnitts. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1410.
119. Morawski, V. Intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 45.
120. — Über extraperitonealen Kaiserschnitt. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1134.
121. Morioton, Die Fernresultate des wiederholten klassischen Kaiserschnittes. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1778.
122. Mueller, Eine neue Methode der Sectio caesarea classica bei infiziertem Uterus. Orig. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1645.
123. Neu, Über die modernen operativen Bestrebungen in der Geburtshilfe. Therap. d. Gegenw. 1909, H. 4. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 680.
124. Opitz, V. intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 45.
124a. — Diskussion, Mittelrhein. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Jan. 1910. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 31, S. 644.
125. — 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1485.
126. — VI. intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in Berlin 1912. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 40.
127. Pankow, V. intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 45.
128. — Kaiserschnitt oder Beckenspaltung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 67, S. 1.
129. Pestalozza, V. intern. Kongreß f. Geburtsh. und Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1445.
130. — Die Geburt bei engem Becken. Gynaekol. Rundschau 1909, H. 2. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 502.
131. Peterson, Die Sectio caesarea in suspekten und septischen Fällen. Amer. Journ. of Ostet. and dis. of women and children 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 940.
132. Pherson, Indikation zum abdominalen Kaiserschnitt nebst Beschreibung der Technik usw. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1409.
133. Pini, Die Spontangeburt bei fehlerhaftem Becken. Fol. gyn. 1909, Bd. II, H. 2. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 460.
134. Planchu, Über die Fruchtbarkeit nach klassischem Kaiserschnitt. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Geburtsh. u. Gynaekol. 1913, H. 1, S. 564.
135. Platz, Das Recht des ungebornen Kindes auf Leben. Inaug.-Diss. Freiburg 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1409.
136. Polano, Über Sectio caesarea cervicalis posterior. Vortrag auf 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1484; siehe auch Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, Nr. 40, S. 1394.
137. Prosorowsky, Sieben Fälle von Pubiotomie usw. Journ. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1910, S. 691. (Russisch.) Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 325.
137b. Reifferscheid. Diskussion Mittelrhein. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Jan. 1910. Ref. in Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 31, S. 644 ff.
138. Richter, Zur Kritik des cervicalen Kaiserschnitts. Archiv f. Gynaekol. Bd. 91, H. 2.
139. — Zur Kasuistik des klassischen Kaiserschnitts. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 35, H. 3.
140. Rindfleisch, Kaiserschnittstechnik. Korrespondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Geburtsh. u. Gynaekol. 1913, H. 1, S. 201.
141. Roemer, Statistisches zur Hebosteotomie und zum suprasymphysären Kaiserschnitt. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 68, S. 317.

142. Rosenthal, Das Schicksal der Hebosteotomierten. Inaug.-Diss. Heidelberg 1910. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 454.
143. Roth, Über die Bewertung der Hebosteotomie auf Grund von 85 Operationen. Archiv f. Gynaekol. Bd. **91**, H. 2.
144. — Vermeintlicher Fortschritt und Rückzug. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 268.
145. Rotter, Verfahren zur Heilung enger Becken. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 385.
146. — Verfahren zur Heilung enger Becken. Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, S. 52.
147. Routh, Sammelstatistik über in England ausgeführte Kaiserschnitte. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 183.
148. Rueder, Zentralbl. f. Gynaekol. 1911. S. 1131. Geburtsh. Gesellsch. zu Hamburg.
149. Rühl, Die prophylaktische Ablösung der Harnblase bei Ausführung der Pubiotomie. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 205.
150. Saks, Elf für Mutter und Kind günstig abgelaufene Kaiserschnittsfälle und einige Bemerkungen zur Therapie des engen Beckens. Medycyna 1909, Nr. 15. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1004.
151. Schäfer, Über abdominale Kaiserschnitte. Vortrag in d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. zu Berlin Februar 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1543.
152. Schläfli, 700 Hebosteotomien. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **64**, S. 85.
153. Schapiro, Abdominale und vaginale Kaiserschnitte im Genfer Frauenspital 1907—1911. Inaug.-Diss. Genf 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1411.
154. Schauta, Ein Wort für den klassischen Kaiserschnitt. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **31**, S. 1.
155. — Vorträge über Geburtshilfe und Gynaekologie. Wiener med. Wochenschr. 1911, Nr. 10. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1440.
156. — VI. intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. Berlin 1912. Diskussion. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, Nr. 40.
157. — 84. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Münster i. W. 1912. Diskussion. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1353.
158. — Narbe nach extraperitonealem Kaiserschnitt. Geburtsh.-gynaekol. Gesellsch. in Wien November 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 281.
159. Scheffzeck, Rückblick und Ausblick in der Therapie des engen Beckens. Archiv f. Gynaekol. **88**, H. 3, S. 536.
160. — Die Reformen i. d. Therapie d. engen Beckens. Deutsche med. Wochenschr. 1910, Nr. 11.
161. Schmid, Wissensch. Gesellsch. deutsch. Ärzte in Böhmen. Oktober 1912. Münch. med. Wochenschr. 1912, S. 2597.
162. Schwarz, Ruptur des graviden Uterus nach vorausgegangenem klassischen Kaiserschnitt. Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 15, S. 815.
163. Scipiades, Über die Behandlung der Geburten bei engem Becken. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 984.
164. Seeligmann, Über Hebosteotomie oder Kaiserschnitt. 83. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Karlsruhe 1911. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1483.
165. Sellheim, V. intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 45.
166. — Weiteres über die modernen Bestrebungen zur Veränderung der Kaiserschnittstechnik. Heglers Beiträge Bd. **16**, S. 215.
167. — Das künstliche Modellieren des Kindsschädels durch Bewegungen d. weiblichen Beckens. Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 6.
168. — Über Geburtsvorgang und Geburtsleitung beim engen Becken. Samml. klin. Vortr. Gynaekol. Nr. 239. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 708.
169. Sigwart, Diskussion in Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. zu Berlin Februar 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1543.
170. Solms, Zum Ausbau der chirurgischen Ära in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 1558.
171. Stöckel, Die Therapie des engen Beckens. Mittelrhein. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Jan. 1910. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **31**, S. 644.
172. — Die klinische und außerklinische Therapie beim engen Becken. Prakt. Erg. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **3**, S. 117.
173. — Über die Entstehung von Blasenverletzungen und über die operative Heilung großer Blasen-Harnröhrendefekte nach Pubotomie. Zeitschr. f. gynaekol. Urologie Bd. II, H. 5. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 1383.
174. Straßmann, Diskussion in Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Februar 1912. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1545.
175. Stroganoff, Über die Pubiotomie. Gynaekol. Rundschau 1911, H. 2.
176. Stroganow, Über Pubiotomie. Journ. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1910, S. 707. (Russisch.) Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 326.

177. Sundt-Halfdan, 2 Hebosteotomien. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1911, S. 917.
178. Taussig, Kaiserschnitt bei einem achondropl. Zwerg. Amer. Journ. of obstetr. 67. 1913. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Geburtsh. u. Gynaekol. 1913, H. 1, S. 245.
179. Thoma, Nebenverletzungen der Hebosteotomie. Wiener klin. Rundschau 1909, Nr. 45. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, S. 669.
180. Töpfer, Über den extraperitonealen Kaiserschnitt. Berliner klin. Wochenschr. 1910, Nr. 15.
181. Tweedy, Extraperitonealer Kaiserschnitt. Englisch. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 186.
182. Veit, Die Behandlung des engen Beckens, insbesondere die Stellung der beckenerweiternden Operationen. Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 42.
183. — Zur Technik des Kaiserschnittes. Zentralbl. f. Gynaekol. 1913, S. 713.
184. van de Velde, V. intern. Kongreß f. Geburtsh. u. Gynaekol. in St. Petersburg 1910. Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 45.
185. — Über die Hebosteotomie. Obstétrique 1911, Nr. 10. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 453.
186. Vérou, Sieben künstliche Frühgeburten bei derselben Frau. Revue mens. de gynécol., d'obstétr. et de péd. VII. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 1382.
187. Wagner, Operativ geheilte Blasenhernie im Knochenspalt nach Hebosteotomie. Geburtsh.-gynaekol. Gesellsch. in Wien. Juni 1911. Ref. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1912, S. 241.
188. Walcher, G. A., Zur Methode und Indikationserweiterung des cervicalen Kaiserschnittes. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 4.
189. Wallace, Eine Bemerkung zur Hebosteotomie. Englisch. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Geburtsh. u. Gynaekol. 1913, H. 1, S. 244.
190. Willink, Unblutige Vergrößerung der Conj. vera. Orig. in Zentralbl. f. Gynaekol. 1910, Nr. 5.
191. Yamasaki, Über Geburten bei engem Becken. (Bonn.) Archiv f. Gynaekol. Bd. 41, H. 2.
192. Zangemeister, 15. Vers. d. Ges. f. Gyn. in Halle 1913. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. 1.
193. Zoeppritz, Neuere Kaiserschnittmethoden. Klin.-therap. Wochenschr. 1913, S. 141.

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Jaschke, Rud. Th.: Der klimakterische Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zur Gesamtmedizin. (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. 5, H. 2, S. 275—304. 1913.

Unter klimakterischem Symptomenkomplex faßt Verf. alle lokalen und allgemeinen Veränderungen des Organismus zusammen, die in der Übergangszeit vom geschlechtsreifen Alter zu dem der sexuellen Ruhe klinisch beobachtet werden können; er zieht dabei zunächst keine Grenzen zwischen normalen und pathologischen Verhältnissen. Der Eintritt der Menopause ist nicht ausschlaggebend, denn die klimakterischen Symptome können jahrelang vor und nach diesem Zeitpunkte bestehen. Für die Ätiologie der sogenannten „klimakterischen Blutungen" ist nach modernen Ansichten die Endometritis nur von ganz geringer Bedeutung, auch andere Veränderungen am Genitale selbst lassen sich in sehr vielen Fällen nicht nachweisen; die Arteriosklerose ist zweifellos von großer Wichtigkeit, doch besteht nach den Untersuchungen von Pankow kein zwingender kausaler Zusammenhang. Nur die Blutungen, bei denen alle pathologisch-anatomischen Veränderungen fehlen, nennt Verf. Metropathia haemorrhagica climacterica und führt sie auf Störungen in der inneren Sekretion zurück. Die klimakterischen Veränderungen am Genitale selbst übergeht Verf. und schildert in so erschöpfender Weise die Verhältnisse in den verschiedenen Organsystemen, daß sich die Besprechung für ein kurzes Referat nicht eignet. — Besonders wichtig scheinen die Ausführungen über den Herz- und Gefäßapparat, den Stoffwechsel und das Nervensystem. — Zum Schluß sucht Verf. die Ätiologie der verschiedenen Erscheinungen zu erklären

und gibt eine Reihe wichtiger Gesichtspunkte über das Wesen der inneren Sekretion. — Der allmähliche Ausfall der Ovarialhormone bewirkt eine Dysfunktion auch im ganzen übrigen System der endokrinen Drüsen, die so lange anhält, bis ein neuer Gleichgewichtszustand hergestellt ist. Wenn nun irgendeine der anderen endokrinen Drüsen schon vorher nicht normal funktionierte, komplizieren sich die Verhältnisse erheblich, die klimakterischen Störungen werden größer und die Herstellung des Gleichgewichtszustandes dauert wohl auch länger. Besonders verwickelt wird die Frage noch dadurch, daß eine endokrine Drüse immer nur gewisse Funktionen der anderen fördert, andere dagegen hemmt. *Ruhemann* (Berlin).

Daude, Otto: Über die weibliche Sterilität und ihre Bäderbehandlung. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 39, S. 1072—1079. 1913.

Verf. erörtert zunächst die allgemeinen und lokalen Ursachen der Sterilität. Für Bäderbehandlung kommen von den allgemeinen Ursachen Anämie und Chlorose, Fettsucht, Diabetes und chronische Vergiftungen in Betracht. Von lokalen gynaekologischen Affektionen eignen sich für Balneotherapie geringe Grade von Infantilismus, Hyperästhesien des Genitale und vor allem chronisch entzündliche Prozesse in Uterus und Adnexen. Die größte Anwendungsbreite haben die kohlensauren Stahlbäder, die fast für alle Grundleiden empfohlen werden und die mit Massage und anderer physikalischer Therapie kombiniert werden können. Soolbäder, eventuell mit kohlensaurer Stahlquelle vermischt, werden besonders bei entzündlichen Prozessen angewandt, sind aber bei Aufregungszuständen zu vermeiden. Hierbei bevorzugt Verf. mittelstarke Moorbäder von 36—38° C, die gleichzeitig beruhigend wirken sollen. Neben Vollbädern, werden Sitzbäder, Spülungen und Packungen empfohlen. *Ruhemann* (Berlin).

Marr, Johannes: Die Unfruchtbarkeit des Weibes. Geschlecht u. Gesellschaft Bd. 8, H. 7, S. 273—286. 1913.

Populär-wissenschaftlich gehalten mit politischer Tendenz. Bringt der Gynaekologie nichts Neues. Zum Referat ungeeignet. *Ruhemann* (Berlin).

● **Gurwitsch, Alex.: Vorlesungen über allgemeine Histologie.** Jena: G. Fischer. 1913. V, 345 S., 204 Abbild. geh. M. 11.—, geb. M. 12.—.

● **Jagic, N. v., und H. K. Barrenscheen: Atlas und Grundriß der klinischen Mikroskopie. Mit Berücksichtigung der Technik. Mit e. Vorwort von v. Noorden. 2. umgearb. u. verm. Aufl.** (*1. med. Univ.-Klin., Wien.*) Wien: Perles. 1913. XV, 128 S., 40 Taf. M. 28.—.

Coe, Henry C.: Pathology the basis of gynecology. (Pathologie, die Grundlage der Gynaekologie.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, S. 308—316. 1913.

Der Vortrag bespricht eingehend die einzelnen Gebiete der Gynaekologie mit Berücksichtigung der Fortschritte, welche die pathologische Anatomie, Bakteriologie und operative Medizin gebracht haben. Im Vordergrunde des Interesses steht die Carcinomfrage sowie die Physiologie und Pathologie der Drüsen mit innerer Sekretion. *Rittershaus* (Koburg).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Lydston, G. Frank: Bacteriologic research in its relations to genito-urinary surgery. (Bakteriologische Forschung in ihren Beziehungen zur Chirurgie der Urogenitalorgane.) Illinois med. journal Bd. **23**, Nr. 6, S. 603—614. 1913.

Rückblick auf die Entwicklung unserer Kenntnisse auf diesem Spezialgebiete. Erst die Bakteriologie hat viele klinische Beobachtungen älterer Autoren, die an sich richtig waren, ätiologisch aufgeklärt. Eigene Beobachtungen haben dem Verf. den Gedanken nahe gelegt, daß der Gonokokkus ev. nur eine Entwicklungsform des normalen Urethralkokkus sei. *Liek.*

Hirschbruch und Ziemann: Das Bacterium lactis aërogenes als Erreger einer tödlichen Septicämie. (*Kais. bakteriol. Anst. f. Lothringen.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh. Abt. 1, Orig. Bd. **70**, H. 5/6, S. 281—290. 1913.

Beschreibung einer in 3 Tagen tödlich verlaufenen Septicämie, bei der aus den Leichenteilen neben Typhusbacillen das Bacterium lactis aërogenes gezüchtet wurde. Der rapide Verlauf der Erkrankung wird auf die Infektion mit dem letzten Bakterium zurückgeführt. *Stammler.* CH

Allgemeine Therapie:

Sticker, Anton: Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Ihre theoretischen Grundlagen und ihre praktische Anwendung in der Heilkunde. (*Chirurg. Klin., Univ. Berlin, u. Charité, Berlin.*) Strahlentherapie Bd. **3**, H. 1, S. 1—63. 1913.

Die γ-Strahlen lassen sich, wie mehrfach erwähnt, direkt mit den Röntgenstrahlen vergleichen, sie unterscheiden sich von ihnen durch ihre 40mal größere Härte, ferner durch Abweichungen im Ionisierungsvermögen und durch die Art ihrer Sekundärstrahlungen. Daraus, daß die Röntgenstrahlen auf der Antikathode durch Kathodenstrahlen erzeugt werden, und γ-Strahlen immer in Gesellschaft von β-Strahlen auftreten, ist vielleicht zu schließe n, daß auch sie, die γ-Strahlen, ihre Entstehung den β-Strahlen verdanken. Experimentell hat sich das aber noch nicht nachweisen lassen. — Schwache Bestrahlungen führen zunächst nur partielle Schädigungen der Gewebe herbei, die aber der Anlaß sind zu einer fortschreitenden Störung des Stoffwechsels, deren Ende wir in dem Absterben der Zellen bemerken. Tritt nicht der Tod der Zelle ein, so wird sie wenigstens krank, was deutlich in die Erscheinung tritt in der Schwächung der Regenerationskraft (langsames Heilen der Radium- und Röntgengeschwüre). Die erste Erscheinung der Schädigung der Haut ist eine Hyperämie (Erythem), die je nach der Stärke der Bestrahlung früher oder später auftritt. Aber auch, wenn zunächst gar kein Erythem sich zeigt, können an den Zellen der Gefäße Prozesse im Gange sein, die nach Wochen und Monaten erst bemerkbar werden. Die Endothelzellen der Intima sind wenig differenziert „embryonal“ und noch empfindlicher als die Haut. Daß es durch Filtrieren der Strahlen gelingt, die Haut bei einer Tiefenbestrahlung zu schonen, bietet keine Gewähr dafür, daß infolge der Gefäßschädigung in der Subcutis nicht doch noch die gefürchtete Spätreaktion eintritt. — Über das Absorptionsvermögen der einzelnen Gewebe sind nur vereinzelte Beobachtungen bekannt. Sicher ist, daß pathologische Gewebe die Strahlung des Radiums und Mesothoriums stärker absorbieren, als gesunde, es kommt dadurch die sog. elektive Wirkung der Strahlen zustande, die es in Wirklichkeit freilich nicht gibt; die Wirkung erstreckt sich immer auch auf das normale Gewebe. Pathologische Gewebe können zur Nekrose gebracht oder unter dem Bilde einer chronisch-interstitiellen Entzündung durch Bindegewebe ersetzt werden. Wie die normalen Gewebe sind auch die pathologischen verschieden empfindlich gegen die Strahlenwirkung, leukämisches Gewebe und Warzen bilden die beiden Extreme, mäßig empfindlich ist das Carcinom und sehr wenig empfindlich das Myom, um einige zu nennen. Immer beruht die Wirkung der Strahlen auf einer primären Zellschädigung, das gesunde Gewebe verfügt über Abwehrkräfte, die beschädigten Zellen werden ersetzt, das pathologische dagegen vermag keinen Ersatz zu schaffen. Das Ziel der Radiotherapie muß sein: der primäre Zelltod, herbeigeführt kann er nur werden durch starke Präparate. Als solche sind anzusehen die Radium- und Mesothorpräparate. Für die Therapie eignen sich beide Präparate, wenn nur mit genügenden Mengen gearbeitet wird, die Präparate müssen mindestens eine Aktivität haben, die derjenigen von 50 mg reinem Radiumbromid entspricht. Praktisch wird die Dosis gemessen als Milligrammstunde. — Zur Behandlung eines Rectumcarcinoms sind z. B. bis zu 14 000 Milligrammstunden erforderlich, die Dosis erhöht sich, wenn zur Vermeidung von Nahwirkungen mit starken Filtern gearbeitet wird, so daß nur die γ-Strahlen benutzt werden. Bei sehr intensiver Bestrahlung können schwere Störungen des Allgemeinbefindens eintreten. Den Schluß der Arbeit bildet eine ausführliche Beschreibung der Apparate, Platten, Röhrchen, Filter usw. und allgemeine Angaben über die Technik der Bestrahlung.

Denks (Hamburg).CH

Scherer, A. und B. Kelen: Über die Behandlung des Uteruskrebses mit Röntgen- und Radiumstrahlen. Vortrag, geh. a. d. 85. Vers. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, Wien, 23. IX. 1913.

Im ganzen standen 218 Carcinomfälle in Behandlung (seit Anfang Februar 1910 mit Röntgenstrahlen, seit 28. Mai 1911 kombinierte Behandlung mit Röntgen- und Radiumstrahlen). Gruppe I. Prophylaktische Röntgenbestrahlungen nennen Vortr. die nach radikalen Operationen prophylaktisch gegen Rezidive bestrahlten Fälle. Von 77 Kranken besitzen Vortr. über 58 bestimmte Daten von Nachuntersuchungen. Die übrigen entzogen sich nach 1—2maliger Bestrahlung der Behandlung (meistens unbemittelte Frauen aus der Provinz). Von 58 Patientinnen sind 10 gestorben; von den übrigen sind 5 seit 3 Jahren, 15 seit 2 Jahren, 20 seit einem Jahre und 8 seit einem halben Jahr rezidivfrei. Gegenüber den früheren Daten des klinischen Hauptbuches für Uteruscarcinome zeigt diese Ziffer eine Besserung der Rezidivfreiheit, ca. 10.5%. Gruppe II. Alleinige Röntgenbestrahlung bei inoperablen Uteruscarcinomen seit Anfang 1910. 103 inoperable Uteruscarcinome und 5 Fälle von Ovarialcarcinomen. Erwähnenswert: 1. 24 Fälle seit $1^1/_2$—2 Jahren in Behandlung mit auffallendem Verschwinden der lokalen und allgemeinen Symptome. 2. 3 Fälle: gänzliche Zurückbildung der Rezidivknoten. — 3. In 2 Fällen vollständige Heilung, da diese seit mehr als 3 Jahren in Beobachtung stehen. 4. 2 scheinbar inoperable Fälle wurden infolge der Bestrahlung operabel. Gruppe III. Varia. 12 Fälle (darunter 1 geheilter Fall von Actinomycosis ovarii und ein Mammacancroid).

Gruppe IV. Kombinierte Behandlung in den Anfangszeiten (Röntgen und Radium mit schwachem Filter, 1—2stündliche Applikation). 14 Fälle. Kein besonderer Erfolg. Gruppe V. Kombinative Behandlung mit Röntgen und Radium (starkes Filter, protrahierte Anwendung). 4 Fälle (inoperabiles Carcinoma portionis uteri), bei denen schon nach 3 monatlicher Behandlung ein bedeutender, teilweise vollständiger Schwund der Ca-Geschwulst und auffallende Besserung des Allgemeinbefindens konstatiert war. Ein Fall von Scheidencarcinom, ein Fall von Ulcus tuberculosum portionis noch in Behandlung.

Bei den malignen Geschwülsten müssen Röntgenstrahlen und Radium gemeinsam verwendet werden und sind einander beinahe gleichwertig. Hat man einen fühlbaren Krebsknoten, so muß an Ort und Stelle Radium mit Kontaktwirkung gebraucht werden. Die Röntgenstrahlen beeinflussen die entfernter liegenden und durch Radium nicht beeinflußbaren Infiltrationen und Kontinuitätsmetastasen. Vortr. arbeiten seit $2^1/_4$ Jahren mit reinem Radiumkarbonat entsprechend einer Radiumbromid-Menge von 27 mg. Diese relativ kleine Menge von Radium muß tagelang in der Scheide liegen bleiben; das Präparat ist in eine Bleikapsel von 1,3 mm Dicke eingeschlossen. Die härtesten β-Strahlen sind dabei in den austretenden Strahlen noch ausgiebig vorhanden, aber unangenehme Reaktionen fehlen. Da diese relativ kleine Menge von Radium länger liegen bleiben muß, haben Vortr. ein relativ kleineres Material von mit Röntgen und Radium kombiniert behandelten Fällen. Mit reinen γ-Strahlen zu arbeiten und 3 mm dicke Bleifilter anzuwenden, scheint unvorteilhaft. Deshalb betonen Vortr., daß bei richtiger Wahl der Filterdicke eine kleinere Radiummenge, kombiniert mit den den meisten Instituten zur Verfügung stehenden vaginal und abdominal applizierten Röntgenstrahlen angewendet, auch nennenswerte Resultate geben kann, was in Anbetracht der Größe des radiumbedürftigen Krankenmaterials und der enormen Kostbarkeit des Radiums und seines Ersatzpräparates (Mesothorium) von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit ist. Autoreferat.

Riss: De l'emploi des compresses chauffantes électriques en gynécologie et chirurgie abdominale. (Über die Verwendung elektrischer Kompressen in der Gynaekologie und Bauchchirurgie.) Gaz. de gynécol. Bd. 28, Nr. 655, S. 289—295. 1913.

Das Heißluftbad des Bauches hat eine ausgesprochen schmerzstillende Wirkung, beschleunigt die Resorption der Exsudate, ruft eine gute Darmperistaltik hervor und vermindert den Spasmus der Bauchdecken. In der Chirurgie wird durch die Heißluftbehandlung des Bauches direkt nach Laparotomien eine Hebung des Allgemeinzustandes, eine Unterdrückung der so häufigen Rückenschmerzen, gesteigerte Diurese, baldiger Abgang von Winden und frühzeitiger Stuhl erzielt. Sie ist das beste Mittel, eine Peritonitis zu verhüten. Die schon 1840 in Frankreich von Guyot eingeführten Heißluftkästen, die mit einer Spititusflamme erwärmt wurden, sind durch die elektrischen Lichtbäder ersetzt in Form halbzylindrischer, mit elektrischen Birnen besetzter Kästen. Ihre Anwendung ist unökonomisch, da der größte Teil der Energie in Licht umgesetzt wird und von der produzierten Wärme viel verloren geht; der Stromverbrauch ist sehr groß. Auch können sie nur bei horizontal liegenden Kranken angewandt werden. Diese Nachteile werden durch elektrische Kompressen vermieden. Diese von Herrgott angegebenen elektrischen Kataplasmen sind zugleich Wärmeisolatoren und Wärmespender. Im Innern der wollenen Kompressen laufen die zur Leitung des elektrischen Stromes dienenden feinen Reinnickeldrähte. Ihr Widerstand wächst mit der Temperatur, so daß die „Thermophiles" sich selbst regulieren. Die Temperatur kann zwischen 40° und 150° variieren je nach der Dicke der Drähte. Die Anwendung ist gerade in der Gynaekologie empfehlenswert, da sie auf einem Ruhestuhl stundenlang durchgeführt werden kann bei Handarbeiten oder Lesen. Bei so langer Verwendung soll zwischen Kompresse und Haut eine dünne Watteschicht gelegt werden, um die sonst auftretende hartnäckige Pigmentation der Haut zu vermeiden. *Becker* (Bonn).

Weaver, George H.: Antistreptococcus serum. (Antistreptokokkenserum.) (*Memor. inst. f. infect. diseas., Chicago.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. 61, Nr. 9, S. 661—662. 1913.

Verf. empfiehlt in dringenden Fällen intravenöse, sonst intramuskuläre oder subcutane Anwendung polyvalenter Antistreptokokkensera. *Eisenreich* (München).

Wilde, A. G.: Iodine idiosyncrasy. (Jod-Idiosynkrasie.) Milit. surgeon Bd. 33, Nr. 3, S. 260—263. 1913.

I. Akute Strumaentwicklung auf Jodoformbehandlung nach Präputiumcircumcision. II. Starke, langdauernde Dermatitis bei Jodbehandlung einer oberflächlichen Kratzwunde.

In beiden Fällen löste eine gleiche Probebehandlung an anderen Körperstellen die gleichen Symptome aus. *Mohr* (Berlin).

Delmas, P.: Une série d'insuccès de la médication hypophysaire. (Eine Reihe von Fällen mit Versagen der Hypophysenwirkung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 374—378. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. 3, S. 267.

Allgemeine Chirurgie:

Fredet, Pierre: Nouvel appareil pour l'anesthésie chloroformique. (Neuer Apparat zur Chloroformnarkose.) Journal de chirurg. Bd. **11**, Nr. 2, S. 155 bis 170. 1913.

Verf., ein überzeugter Verteidiger des Chloroforms als Anaestheticum, schreibt die allgemeine Vorliebe für die Äthernarkose nur dem Umstande zu, daß wir im Besitze besserer Ätherinhalationsapparate als Chloroformapparate sind. Er hat sich deshalb seit Jahren bemüht, einen handlichen, praktischen Apparat für die Chloroformnarkose zu konstruieren. Sein Apparat gestattet es, dem Kranken die normale Menge mit Chloroform angereicherter Luft zuzuführen, durch einfache Handhabung die Zusammensetzung des Luft-Chloroform-Gemisches zu regulieren, und vor allem dauernd eine Temperatur des Chloroforms einzuhalten, die als das Optimum für seine Verdampfung anzusehen ist. Die Arbeit gibt eine sehr eingehende Schilderung der Konstruktion des ziemlich komplizierten Apparates. *Janssen* (Düsseldorf).CH

Barbour, H. W.: A simple and safe method of preparing catgut. (Einfache und sichere Methode der Catgutbereitung.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 18, S. 519. 1913.

45 cm lange Catgutfäden um 2 cm lange Glasröhren exakt abgewickelt, werden 10 Tage in einer Lösung von 1 Jodtinktur: 15 Alkohol 90%, 24 Stunden in 2 % wässerige Formalinlösung, dann dauernd in 95% Alkohol mit Sublimatzusatz gelegt. Vor Gebrauch Spülung in sterilem Wasser. *Mohr* (Berlin).

Gelpi, Maurice J.: A new self-retaining perineal retractor. (Ein neuer selbsthaltender Dammspanner.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66**, Nr. 3, S. 182—183. 1913.

Das Instrument soll die beiden Musseux ersetzen, welche die lateralen Enden der Anfrischungsfigur bei der Dammplastik markieren und besteht quasi aus 2 sich kreuzenden einzinkigen und einarmigen Musseux mit Sperrvorrichtung. Hersteller V. Mueller & Co., Chicago. *Vaßmer* (Hannover).

Reynolds, Edward: The conduct of gynecological operations in the presence of chronic affections of the heart. (Ausführung gynaekologischer Operationen bei chronischen Herzleiden.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 297—299. 1913.

Autor glaubt mit M. H. Richardson, daß die moderne chirurgische Technik wenig in die vitalen Prozesse eingreift. Nach den Internisten stützt sich die Kritik der Operationsmöglichkeit mehr auf Zustand des Herzmuskels und Kompensation als auf den Befund eigentlicher Herzerkrankung. Ersteigen einer Treppe als Probe genügend! Schnelles und zartes Operieren! — Bericht über 2 Fälle. *Mohr* (Berlin).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Finkelstein, Jul., und T. Gerschun: Zur Serologie der gonorrhoischen Erkrankungen. (*I. städt. Krankenh. u. bakteriol.-chem. Inst. v. Ph. Blumenthal, Moskau.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 39, S. 1817—1819. 1913.

Basierend auf einer größeren Reihe von beobachteten Fällen, ist Verf. der Ansicht, daß die Komplementbindungsreaktion und die v. Pirquetsche Cutanreaktion für die Gonorrhöe spezifisch sind. Beide Reaktionen werden bei der Gonorrhöe häufig beobachtet, insbesondere bei der chronischen. Diese Reaktionen würden, abgesehen von ihrem theoretischen Interesse, eine bestimmte klinische Bedeutung gewinnen, wenn sie an einem großen klinischen Material bei gleichmäßiger Methodik nachgeprüft würden. Die Agglutinationsreaktion hat bei der Gonorrhöe keinen praktischen Wert. *Runge* (Berlin).

Klause, K.: Über Vaccinebehandlung bei Gonorrhöe. (*Städt. Krankenh., Frankfurt a. M.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 39, S. 1813—1817. 1913.

Verf. hat in den letzten 3 Jahren die Gonokokkenvaccine in 300 Fällen angewandt. Hauptsächlich benutzte er ein eigenes polygenes Vaccin. Dieses wurde meist aus drei verschiedenen Stämmen dargestellt. Die möglichst dicken, 24 Stunden alten Bakterienaufschwemmungen wurden 1/2 Stunde lang bei 60° abgetötet und zur Konservierung mit 1% Phenol versetzt, nachdem vorher die Sterilität der Aufschwemmungen einwandfrei festgestellt war. In einer Anzahl von Fällen wurde auch das Bruck sche Arthigon verwandt.

Im allgemeinen konnte eine gleichartige Wirkung beider Mittel festgestellt werden. Niemals zeigte sich eine schädliche Wirkung. Zur Vaccination ist möglichst frisches Vaccin zu verwenden, da mit dem Alter des Vaccins seine Wirkung ab- und die Nebenerscheinungen zuzunehmen scheinen. Ein Vaccin, das nicht über 3 Monate alt ist, scheint den Anforderungen zu genügen. Die geeignetste Anwendungsform scheinen in 4—5tägigen Abständen sich folgende, steigende Dosen zu sein, die bei der ersten Injektion 5—10 Millionen Gonokokkenkeime enthalten, bei den weiteren immer etwa das Doppelte der vorangehenden. Als Höchstdosis genügt im allgemeinen eine Injektion von 100—200 Millionen Keimen im Kubikzentimeter. Geringes Fieber ist keine Gegenanzeige. Prophylaktischen Wert besitzt das Gonokokkenvaccin nicht. Eine praktisch verwertbare, diagnostische Wirkung kann dem Gonokokkenvaccin nicht zugesprochen werden, da, gleichgültig bei welcher Applikationsform, lokale, Herd- oder Allgemeinreaktionen einerseits auch bei Nichtgonorrhoikern auftreten, andrerseits nicht gar so selten bei sicher Gonorrhoischen ausbleiben. Der therapeutische Wert tritt am meisten bei der Epididymitis und der Arthritis gonorrhoica zutage. Nicht ganz so auffällig, aber noch immer deutlich beeinflußbar sind die gonorrhoischen Adnex- und Cervixerkrankungen des Weibes. Erfolglos ist Behandlung bei Urethritis. Relativ frische Fälle, bei denen noch keine Bindegewebsbildung stattgefunden hat, werden besser beeinflußt als alte Fälle. Dauernde Schädigungen sind von der Vaccination nicht zu befürchten; vorübergehende sind so unbedeutend, daß sie in Kauf genommen werden können. Ein Versuch mit Gonokokkenvaccin ist in jedem Falle angezeigt, in dem im Verlauf einer gonorrhoischen Erkrankung das Bestehen eines geschlossenen Herdes angenommen werden kann.

Runge (Berlin).

Roth, Max, und Theodor Mayer: Welchen Wert haben die Balsamica, insbesondere die neueren, für die Behandlung der Gonorrhöe? (*Casper - Rothsche Polikl. f. Harnleid.*) Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 10, S. 821—834. 1913.

Die Balsamica können das Auftreten von Komplikationen nicht verhindern. Sie wirken lindernd auf den Harndrang, und zwar Santyl, Camphosan, Gonosan ebenso stark wie Ol. Santal., die anderen erheblich schwächer. Die objektive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes geschieht am stärksten durch Ol. Santal. Ihm am nächsten kommen Santyl, Camphosan, Gonosan. Demnach ist das Ol. Santal. in jeder Beziehung das wirkungsvollste Balsamicum. In Fällen von stärkeren Nebenwirkungen desselben kommen als Ersatz Santyl, Camphosan in Betracht. *Blanck* (Potsdam).

Janet, Jules: Valeur des armes que nous possédons contre le gonocoque. (Die Wirksamkeit unserer Waffen gegen den Gonokokkus.) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 3, S. 435—436. 1913.

Die moderne Urologie schadet durch ihren übergroßen Eifer in der Bekämpfung des Gonokokkus durch Massieren, Auskratzen, Endoskopieren, Kauterisieren und Dilatieren. Die natürlichen Heilkräfte des Organismus werden durch das Allzuviel dieser Behandlungsarten geschädigt. Die überwiegende Mehrzahl der Gonorrhöen heilt durch antiseptische Spülungen. *Blanck* (Potsdam).

Veer, James N. Vander: Some aspects in relation to the chronic gonorrheic, from the standpoint of surgery and eugenics. (Einige Betrachtungen über den chronischen Gonorrhoiker vom ärztlichen und gesundheitlichen Standpunkt.) New York State journal of med. Bd. **13**, Nr. 9, S. 460—466. 1913.

Die Diagnostik und Therapie der chronischen Gonorrhöe müssen vom Arzt gründ-

licher ausgeübt werden, als es im allgemeinen geschieht. Die Gonorrhöe sollte anzeigepflichtig werden, und die Ehekandidaten müßten auf Grund der Eintragung auf ihre Gesundheit und Gesundung geprüft werden können. Eine Liste der Einzelstaaten von U. S. A. mit den diesbezüglichen Gesetzen wird angeführt. *Blanck* (Potsdam).

Noguchi, H.: Die Züchtung der Spirochaeta pallida. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 41, S. 2664—2667. 1913.

Die Spirochaeta pallida in Reinkultur zu erhalten, ist zuerst Noguchi im Jahre 1911 gelungen. Die von anderen Autoren beschriebene, einfachere Methode der Reinzüchtung schließt die Verunreinigung mit anderen, der Pallida morphologisch nahestehenden saprophytischen Spirochätenarten nicht aus. Die ganz reinen Pallidakulturen dürfen keine faulige Zersetzung des Nährbodens bewirken. Jede Kultur, die einen merklichen Geruch entwickelt, muß als unrein bezeichnet werden. *Blanck* (Potsdam).

Allgemeines über Geschwülste:

Fichera, G.: Experimentelle, histologische und klinische Forschungen über die Geschwülste. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 39, S. 2176—2177. 1913.

Polemik gegen Publikationen über Geschwulsttherapie mittels neoplastischer Autolysate von Erhardt und Lunckenbein, denen gegenüber Prioritätsansprüche geltend gemacht werden. Fichera hat seit 1908 die durch fötale und neoplastische Autolysate gesetzten Veränderungen an Tumoren von Ratten und Menschen mikroskopisch studiert und eine „Theorie des onkogenen Gleichgewichtsmangels" formuliert. *Bab* (Wien)

Keating-Hart, de: Researches on the pathogenesis of cancer. (Untersuchungen über die Pathogenese des Krebses.) Practitioner Bd. **91,** Nr. 4, S. 445—459. 1913.

Der Krebs ist nicht auf eine parasitäre Ursache zurückzuführen, sondern ist die Folge einer Überkultur von Zellen in einem entzündlich gereizten Gewebe. Die Krebszellen sind wie Treibhauspflanzen an eine Überernährung und Überproduktion gewöhnt. Deshalb wuchert eine Krebsgeschwulst um so schrankenloser, je besser sie mit Nährmaterial versorgt wird. Unter diesen spielt vielleicht das Glykogen eine gewisse Rolle. *Gräfenberg* (Berlin).

Lunckenbein: Zur Behandlung maligner Geschwülste. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 35, S. 1931—1932. 1913.

Das zur Behandlung benutzte Autolysat wird folgendermaßen hergestellt: Der exstirpierte Tumor (es kann auch eine Drüsenmetastase oder ein aus einer inoperablen Geschwulst entferntes Stück sein) wird in steriler physiologischer Kochsalzlösung unter allen keimfreien Kautelen möglichst zerkleinert, dann 1—2 Stunden lang geschüttelt, 3 Tage auf Eis gestellt und schließlich filtriert; das Filtrat wird eine Stunde lang auf 56° erhitzt und ist dann injektionsfähig. Es wird subcutan eingespritzt und zwar alle 3—4 Tage, zuerst 1 ccm, dann schnell steigend auf 10 cm. Verf. steht auf dem Standpunkt, daß diese Behandlung imstande ist, sowohl Metastasen als auch die primäre maligne Geschwulst selber derartig zu beeinflussen, daß in den meisten Fällen eine sichtbare Besserung lokaler und allgemeiner Natur eintritt. Gerade auf die Drüsenmetastasen glaubt Verf. eine ganz besonders energische Wirkung gesehen zu haben. *Colley* (Insterburg).[CH]

● **Klefstad-Sillonville: Recherches statistiques sur l'étiologie du cancer.** (Statistische Untersuchungen über die Ätiologie des Carcinoms.) Paris: A. Leclerc. 1913. 240 S. Frcs. 3.50.

Unterricht und Lehrmittel:

● **Spalteholz, Wern.: Handatlas der Anatomie des Menschen. Mit Unterstützg. v. Wilh. His bearb. Bd. 2: Regionen, Muskeln, Fascien, Herz, Blutgefäße. 7. Aufl.** Leipzig: Hirzel. 1913. 240 S. M. 13.—.

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Martin, André: Sarcome de la grande lèvre. (Sarkom des Labium maius.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21,** Nr. 3, S. 177—186. 1913.

32 jähr. Multipara. Januar 1912 ursprünglich linsengroßer, schwärzlicher Naevus der großen Schamlippe operativ entfernt, als derselbe unter Auftreten kleiner Papillome die Größe eines

2 Francstückes erreicht hatte. April unter der p. p. verheilten Wunde 2 kirschgroße Knoten bemerkt. Unter antiphlogistischer Behandlung durchsetzte diese Resistenz die ganze Labie unter gleichzeitigem Auftreten kleiner, indolenter Leistendrüsenschwellungen. August ganze Labie bis zur Clitoris von hartem buckeligen, wenig beweglichen Tumor durchsetzt, am oberen Pol 2 kleine Ulcerationen. Haut über Tumor sonst normal. Bei der Abtragung der Labie und Exstirpation der Leistendrüsen muß V. saphena int. unterbunden werden. Juni 1913 in der linken Leistengegend eine kirschgroße Schwellung, deren operative Entfernung Patientin verweigert, so daß Verf. es zweifelhaft lassen muß, ob es sich hier um ein „Rezidiv" (Metastase) handelt. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors und der Leistendrüsen ergab Spindelzellensarkom. Zum Schluß referiert Verf. die wenigen, gleichen, bezw. ähnlichen Fälle von Sarkom anderer Autoren, und bespricht, ohne Neues zu bringen, das klinische und pathologisch-anatomische Bild dieser Tumoren. *Vaßmer* (Hannover).

Jack, W. R.: Vaccine-therapy in the treatment of gonococcal vulvo-vaginitis. (Vaccinetherapie der gonorrhoischen Vulvovaginitis.) Glasgow med. journal Bd. **80**, Nr. 2, S. 84—90. 1913.

Die günstigen Resultate amerikanischer Autoren, die in 90% der Fälle Heilung erzielten in durchschnittlich zwei Monaten, gegenüber der alten Irrigationsbehandlung, die nur in 60% nach etwa 10 Monaten erfolgreich war, kann Verf. nicht bestätigen. Er verwandte autogene und heterogene, polyvalente Vaccine in Dosen von 5—20 Millionen Bakterien, konnte aber Genesung nur in 3 von 6 Fällen erzielen nach etwa 2—3 Monaten, während bei den übrigen Erkrankungen lediglich ein Nachlaß des Ausflusses zu verzeichnen war. *Rittershaus* (Koburg).

Barnett, Nathaniel: Vulvovaginitis in young children, its control and successful treatment. (Vulvovaginitis kleiner Kinder, ihre Kontrolle und erfolgreiche Behandlung.) Arch. of pediatr. Bd. **30**, Nr. 9, S. 650—656. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **3**, S. 217.

Löhnberg, Ernst: Ein Fall von primärem Scheidencarcinom und Leukoplakie. (*Univ.-Frauenklin., Bonn.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 3, S. 755 bis 772. 1913.

55jähr. VI-para, seit 8—10 Jahren in der Menopause, seit 2 Wochen blutend. Fünfmarkstückgroßes Carcinom der vorderen unteren Scheidenwand. Nach vorheriger Probeexzision schwierige vaginale Totalexstirpation, mit Blasenverletzung. Nach $2^1/_4$ Jahren rezidivfrei. In der Scheidenschleimhaut Stellen mit stärkerem, fast asbestartigem Glanz, weißgelb gefärbt, an der Lebenden nicht wahrgenommen. Ausführlicher histologischer Befund: Stratum corneum verdickt, nicht überall scharf begrenzt; glanulosum fehlt; Riff- und Stachelzellenschicht in wechselnder Stärke; deutliche Papillen und Fortsätze des Epithels in die Tiefe. Wenn auch ein Übergang der leukoplakischen Stellen ins Carcinom nicht nachweisbar, so ist doch die Annahme, daß dasselbe auf Grund der Leukoplakie entstanden, sehr naheliegend.

Prognose der Scheidenkrebse nicht günstig. Speziell mit Rücksicht auf die Leukoplakie ist Entfernung der ganzen Scheide und des Uterus notwendig. *Kermauner.*

Baldassari: Sul valore di un sintoma trascurato: la leucorrea. (Über den Wert eines vernachlässigten Symptoms: die Leukorrhöe.) Ginecol. minore Jg. **6**, Nr. 5, S. 69—71. 1913.

Hinter der Leukorrhöe können sich ernstliche Krankheiten verbergen; sie bedarf daher in jedem Falle ärztlicher Behandlung. Der Aufsatz ist für Hebammen geschrieben. *Küster* (Breslau).

Uterus:

● **Schröder, Rob.: Der normale menstruelle Zyklus der Uterusschleimhaut.** Berlin: A. Hirschwald. 1913. M. 16.—.

Coe, William Henry: Uterine fibroids. (Uterusmyom.) New York State journal of med. Bd. **13**, Nr. 1, S. 40—43. 1913.

Verf. bespricht die Theorien der Myomentstehung, erörtert ihren Symptomenkomplex unter Mitteilung von drei typischen Fällen und kommt unter Ablehnung der Röntgentherapie zu dem Schlusse, daß die operative Myombehandlung heutzutage auf der Höhe steht, und daß überhaupt unsere Kenntnisse von den Myomen höchst vollkommene sind. *Schmid* (Prag).

Mylvaganam, H. B.: A case of advanced carcinoma of the cervix uteri containing twins treated by vaginal hysterectomy. (Ein Fall von vorgeschrittenem

Carcinom der Cervix uteri, kompliziert mit Zwillingsschwangerschaft, mit vaginaler Hysterektomie behandelt.) Lancet Bd. **2**, Nr. 13, S. 930 bis 931. 1913.

In einem durch vaginale Operation wegen Cervixcarcinom gewonnenen Uterus fanden sich 3 Monate alte Zwillinge. Die Patientin hatte 6 Monate lang an Blutungen gelitten, so daß eine Diagnose der Schwangerschaft vorher nicht gestellt werden konnte. *Hohl* (Bremerhaven).

● **Levant, A.: L'hystérectomie totale dans le traitement du cancer.** (Totalexstirpation des Uterus bei der Carcinombehandlung.) Paris: G. Steinheil. 1913. 228 S. Frcs. 5.—.

Wertheim: Der Krebs der Gebärmutter (Collum und Corpus). Technik der Operation und Leistungen. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 41, S. 2661 bis 2663. 1913.

Deckt sich wörtlich und inhaltlich mit Weibels Arbeit (vgl. dieses Zentralbl. Bd. **3**, S. 58). *Flatau* (Nürnberg).

Marsh, Hedley I.: Sarcoma of the uterus. (Uterussarkom.) British med. journal Nr. **2752**, S. 782—783. 1913.

In Anbetracht der großen Seltenheit von Uterussarkomen — nach einigen Statistiken 18 auf 9133 und 2 auf 2649 Uterusgeschwülste — teilt Verf. einen Fall aus seiner eigenen Praxis mit, der von Interesse sein dürfte: Da der Gesamtzustand der 45jährigen Patientin auf ein im Verfall begriffenes Fibroid schließen ließ, wurde die supravaginale Amputation des Uterus vorgenommen. Dieser war etwa 3 Zoll lang, 3—4 Zoll breit, steinhart und zeigte an seiner peritonealen Fläche 3 harte Knoten vom Umfang einer großen Erbse. — Die Operation war infolge starker Verwachsungen etwas schwierig, die Heilung indessen ging glatt vor sich. — Als man den Uterus öffnete, entdeckte man eine absterbende Gewebsmasse, halb in dessen Wand eingebettet, halb in dessen Höhle hineinragend, von der ungefähren Größe einer kleinen Apfelsine. Die histologische Untersuchung ergab ein bösartiges Gewächs, das im Endometrium seinen Ursprung hat und den Charakter eines rundzelligen Sarkoms besitzt. Es besteht aus ziemlich großen Zellen, die in zartes Bindegewebe mit dünnwandigen Gefäßen eingeschlossen sind und den Muskel infiltrierten. Von Fibromyom ist keine Spur. „Die Diagnose ist nicht leicht. In diesem Falle waren zeitweise heftige Schmerzen vorhanden, während manche Autoren gerade das Ausbleiben von Schmerzen als ein markantes Merkmal des Sarkoms bezeichnen. Merkwürdig war das Fehlen von Abgängen freien Reiswassers", obwohl während der späteren Stadien die entleerten Blutklumpen wahrscheinlich Sarkomzellen aufgewiesen hätten, wären sie mikroskopisch untersucht worden. In diesem Fall hätte man auch die totale Hysterektomie vorgenommen. *Burk* (Stuttgart).

Curtis et Vanverts: Endothéliome (d'origine lymphatique) de l'utérus, ayant entraîné la bascule complète de l'organe. (Endotheliom [lymphatischen Ursprungs] der Gebärmutter, welches das ganze Organ durchsetzte.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8**, Nr. 9, S. 533—537. 1913.

Eine bis dahin gesunde 56jährige Frau erkrankt unter Blutungen und allgemeinem Verfall. Uterus umgewandelt in einen großen unregelmäßigen Tumor; auch Portiotumor. Abdominale Totalexstirpation, Exitus nach 5 Tagen unter Anurie; keine Sektion. Die anatomische Untersuchung des Tumors erweist ihn als eine Endotheliom lymphatischen Ursprungs. *Hannes* (Breslau).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Mussatow, N. A.: Zur Frage über die Behandlung der chronischen gonorrhoischen Salpingo-Oophoritiden durch intrauterine Injektionen von Argentamin. (*Städt. Krankenh., Moskau.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 40, S. 1470—1471. 1913.

Verf. berichtet über die Resultate der Behandlung der chronischen Adnexitis mit intrauteriner 2 proz. Argentamininjektion. 17 Fälle (5 Pyosalpinx, 12 doppelseitige Salpingo-Oophoritiden) 16. XII. 1911 bis 1. IV. 1912 behandelt. Von den 5 Pyosalpingitiden subjektives Wohlsein, keine Schmerzen beim Coitus, Rückkehr des Orgasmus in allen Fällen, objektives Wohlsein 3 mal; von den 12 Salpingo-Oophoritiden objektives Wohlsein in 11 Fällen. In der Zeit von April 1912 bis Juni 1913 wurden noch 128 Fälle mit ähnlich gutem Erfolg behandelt. Durch die Behandlung wird eine aktive Hyperämie des gesamten Geschlechtsapparates hervorgerufen. Die Behandlung erfolgt ambulatorisch. Während der Behandlung werden normale Menses öfter zu erheblichen Blutungen verstärkt, schwache oder fehlende nicht verändert. Die Erfolge sind ausgezeichnet, wie bei Zweifel, von dessen Fällen nur 5,5% zur Operation kamen, und zwar ganz alte Fälle mit schwersten

Verwachsungen. Auch Fälle, die schon vorher einseitig oder doppelseitig per laparotomiam exstirpiert waren, wurden bedeutend gebessert. *Mertens.*

Hirsch, Josef: Über die Behandlung von Störungen der inneren Sekretion der Ovarien mit Glanduovin (Extractum ovariale). (*Israelit. Krankenheim, Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. **39,** S. 1819—1820. 1913.

Verf. verwandte ein von ihm besonders hergestelltes Ovarialextrakt, genannt Glanduovin. Auf Grund seiner praktischen Erfahrungen mit diesem Mittel glaubt er sagen zu können, daß klimakterische Beschwerden sowohl des gewöhnlichen Klimakteriums als auch des Klimakterium praecox durch Injektionen von Glanduovin günstig beeinflußt werden. (25 erfolgreich, 3 erfolglos behandelte Pat.) Die dysmenorrhoischen Beschwerden, die auf Hypofunktion der Ovarien beruhen, lassen sich durch Glanduovin zur Heilung bringen (unter 37 Fällen 5 Mißerfolge). Bei Mittelschmerz war die Behandlung erfolglos. Bei Oligo- resp. Amenorrhöe war unter 16 Fällen nur ein Mißerfolg zu verzeichnen. Von 2 Fällen von Schwangerschaftsdermatose wurde nur ein Fall günstig beeinflußt. Ebenso war der Erfolg bei Pruritus vulvae Schwangerer und Nichtschwangerer zweifelhaft. Hyperemesis gravidarum wurde nur zuweilen günstig beeinflußt (unter 19 Fällen nur 9mal). — Die Injektionen wurden täglich wiederholt, bis ein Erfolg wahrzunehmen war. Gewöhnlich genügte eine 2—4 malige Wiederholung. Die Wirkungsweise glaubt Verf. mit aller Reserve dahin präzisieren zu können, daß er annimmt, daß durch die eingeführten Hormongaben eine Verstärkung der Produktion des Eigenhormons hervorgerufen wird. *Runge* (Berlin).

Whitehouse, Beckwith: The autoplastic ovarian graet and its clinical value. (Autoplastische Ovarialtransplantation.) British med. journal Nr. **2752,** S. 783—784. 1913.

Verf. hatte Gelegenheit, eine autoplastische Ovarialtransplantation, mit anderen Worten, die Versetzung von Ovarialgewebe von seinem normalen Platz an irgendeine Stelle des Beckens der nämlichen Person auszuführen. Soweit sich binnen Jahresfrist das Resultat verfolgen ließ, war der Erfolg ein durchaus befriedigender: Die Menstruation setzte nach und nach wieder regelmäßig ein, Dyspareunie ist nicht vorhanden, die sexuellen Funktionen in keiner Weise behindert. — Die Operation wurde durch einen 4 Zoll langen Vertikalschnitt über dem rechten Rectusmuskel ausgeführt. Die Untersuchung ergab eine so schwere chronische Entzündung der beiden Gebärmutteranhänge, daß von irgendeinem konservativen Verfahren abgesehen werden mußte: das rechte Ovarium war der Sitz einer eiternden Corpus luteum-Cyste, von der Größe einer kleinen Orange und ganz mit der korrespondierenden Tuba Fallopii verwachsen. Das linke Ovarium war stark nach der linken Tube hinuntergedrückt. Der Uterus erwies sich trotz zahlreicher Adhäsionen nach der peritonealen Seite hin als normal und konnte in situ belassen werden, dagegen wurden beide Gebärmutteranhänge entfernt. Ehe die Bauchwand wieder geschlossen wurde, zerschnitt man den gesunden Teil des linken Ovariums in ganz kleine Stückchen und verstreute sie in das subperitoneale Bindegewebe in der Gegend des Rectusmuskels und der Rectusscheide. Verf. schreibt der Verwendung kleiner Pflanzstückchen größeren Erfolg als der Transplantation des ganzen oder eines großen Teils des Ovariums zu, da seiner Ansicht nach die Vitalität des Gewebes auf diese Weise besser erhalten bleibt.

Die Indikationen für das ganze Verfahren sind natürlich beschränkt und kommt dieses wohl vor allem da in Betracht, wo es sich wie in vorliegendem Falle darum handelt, beide Gebärmutteranhänge zu entfernen, ohne den Uterus opfern zu müssen. — Notwendige Bedingungen dieser Methode sind: 1. Absolute Asepsis und Vermeiden starker Antiseptica, letzteres, um die Vitalität des Gewebes nicht zu zerstören. Der scheinbare Widerspruch dieser Maxime in Fällen von chronischem Pyosalpinx und Salpingo-Oophoritis wird hier durch das Faktum behoben, daß der Eiter gewöhnlich steril ist und die Gewebe als chirurgisch reine behandelt werden können. 2. Die Verwendung von ganz kleinen Pflanzstückchen. 3. Muß als Unterlage guter Gefäßersatz vorhanden sein, deshalb ist Rectusmuskel und subperitoneales Gewebe zu empfehlen. 4. Ist dringend zu beachten, daß das Ovarialgewebe bis zum letzten Moment seiner Verwendung mit der Bauchhöhle, d. h. überhaupt mit den Körperflüssigkeiten in Kontakt bleibt. *Burk* (Stuttgart).

Delmas, Paul, et Georges de Rouville: Volumineux kystes hématiques bilatéraux des ovaires à symptomatologie de grossesse ectopique. (Große doppelseitige Blutcysten der Ovarien, Symptome einer ektopischen Gravidität vortäuschend.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 3, S. 282—285. 1913.

29jährige Nullipara, vor 9 Jahren Abort im 3. Monat mit anschließender Abrasio, wonach

die bis dahin, seit dem 12. Lebensjahre regelmäßige Periode für 2 Jahre sistierte und Patientin wegen in unregelmäßigen Zwischenräumen auftretenden pelveo-peritonitischen Attacken in ärztlicher Behandlung war. Diese blieben dann mit dem Wiederauftreten der Periode aus und Patientin war beschwerdefrei, bis die Periode wieder aussetzte und Patientin unter Auftreten typischer Schwangerschaftsbeschwerden über Schmerzen beiderseits im Unterleib klagte. Da jetzt doppelseitige Adnextumoren nachweisbar waren, Laparotomie auf die Diagnose einer vielleicht doppelseitigen ektopischen Gravidität hin. Diese ergab bei vollständiger Intaktheit beider Tuben doppelseitige, z. T. stark mit den Därmen verwachsene Blutcysten der Ovarien, deren mikroskopische Untersuchung nichts für ektopische Gravidität Sprechendes ergab.

Vaßmer (Hannover).

Ferré: Trois kystes dermoïdes sur les deux ovaires du même sujet. (Drei Dermoide in beiden Ovarien einer Frau.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 594—596. 1913.

Vorzeigung der photographischen Abbildungen dieser Tumoren. Doppelseitige Dermoide sind nicht selten, es sind 77 Fälle bekannt, viel seltener ist die erwähnte Doppelseitigkeit und Vielfachheit. *J. Klein* (Straßburg i. E.).

Vautrin: Les kystes dermoïdes du cul-de-sac vésico-utérin. (Dermoidcysten der Excavatio vesicouterina.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 510—518. 1913.

Charakteristisch für diese Cysten, die sich in ihrem histologischen Bau nicht von den anderer Stellen unterscheiden, ist, sich nur in der Mittellinie zu entwickeln, dabei die Blase nach vorn und den Uterus nach hinten zu drängen und unbegrenzt gegen die Bauchhöhle zu wachsen. Die klinischen Symptome sind Deviationsbeschwerden des Uterus, Kompression der Blase, Pollakiurie, Menstruationsstörungen.

Ausführliche Krankengeschichte von 4 Fällen. Bei einem gleichzeitiges Vorhandensein eines kleinen Dermoids des linken Ovars. Enucleation der Cyste, Naht des Ovariums. Bei 2 Fällen bestand die Komplikation einer Vereiterung und eines dadurch bedingten Durchbruchs in die Blase. Diagnose jeweils gestellt durch den Nachweis von Dermoidbrei und von Haaren im Urin. Alle Fälle durch Operation geheilt. Blase jeweils genäht. *Moos* (Breslau).

Ferré: Apparition brusque d'une volumineuse tumeur abdominale par torsion du pédicule d'une tumeur solide de l'ovaire latente. (Plötzliches Auftreten eines großen Tumors in der Bauchhöhle durch Stieldrehung eines bis dahin latenten soliden Ovarialtumors.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 597—599. 1913.

Mannskopfgroßer Tumor. Histologisch: kleinzelliges Rundzellensarkom, stark durchblutet. *Hauser* (Rostock).

Moriarta, Douglas C.: Pelvic cellulitis. (Die Pelviperitonitis.) Albany med. ann. Bd. **34**, Nr. 9, S. 543—549. 1913.

Die Erreger der Pelviperitonitis sind am häufigsten die Gonokokken, Streptokokken, Staphylokokken und Kolibacillen. Ist eine Operation angezeigt bei akuter Entzündung, so ist der vaginale Weg der beste zur Entfernung von Eiter. Bei einem Zweifel an der Diagnose kann man immer den Douglas eröffnen und drainieren, um dann später, wenn der Fall chronisch und der Eiter steril geworden ist, zu laparotomieren. Die Tuberkulose entsteht gewöhnlich in den Tuben, die Behandlung soll sich sowohl gegen den primären Herd als auch gegen die Komplikationen richten. Bei einer Infektion des Uterus ohne Retention von Placentarresten soll nicht curettiert werden. *J. Klein* (Straßburg i. E.).

Bauchorgane:

● **Bergmann, P.: Die Heilung der Stuhlträgheit und ihrer Folgezustände.** Berlin: Schweizer & Co. 1913. 91 S. M. 1.80.

Eastman, Thomas B.: Some observations on the details of abdominal surgery. (Einige Beobachtungen über Kleinigkeiten der Abdominalchirurgie.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 9, S. 385—388. 1913.

Wichtig ist schon die Vorbereitung zur Laparotomie. Pat. muß schon einige Tage vor der Operation zur genauen Untersuchung und Beobachtung im Krankenhaus Aufnahme finden. Durch zu energische Abführmittel können schon vor der Operation

schwere Schädigungen eintreten. Die letzte Mahlzeit soll am Abend vor der Operation eingenommen werden. Die Narkose mit Äther ist nur in der Hand eines erfahrenen Narkotiseurs harmlos. Zur Händedesinfektion genügt Warmwasser, Seife und Alkohol. Das Operationsfeld wird zuerst mit Gaze, Wasser und Seife abgewaschen, gut getrocknet und dann mit Jodtinktur behandelt. Der Schnitt soll möglichst klein sein, aber doch so groß, daß alles mit dem Auge kontrolliert werden kann. Zur Naht wird nur möglichst dünner Catgut verwandt. Das postoperative Erbrechen ist durch eine Magenausspülung zu bekämpfen. Möglichst häufiger Lagewechsel nach der Operation, Anregung der Peristaltik. *Vogt* (Dresden).

● **Stern, Rich.: Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Klinische Studien m. Berücksicht. der Unfall-Begutachtg. 2. neu bearb. Aufl. Heft 3: Krankheiten der Bauchorgane, des Stoffwechsels und des Blutes. Bearb. v. Jul. Schmid.** Jena: Fischer. 1913. XI, 355 S. M. 11.—.

Blaisdell, Frank E.: Anatomical observations on a lipoma simulating direct inguinal hernia. (Anatomische Beobachtungen über ein Lipom, welches einen direkten Leistenbruch vortäuschte.) (*Dep. of med., univ., Stanford.*) Anat. rec. Bd. **7**, Nr. 9, S. 287—298. **1913.**

Befund bei der Leiche einer 49jährigen Frau. Eine gut abgegrenzte, 30 mm lange Fettgeschwulst von 14 mm Durchmesser von zylindrischer Form und lappigem Bau saß mit ihrer Basis an der Mitte des linksseitigen Hesselbachschen Dreiecks, während ihre Längsachse kaudal- und seitwärts gegen den Winkel gerichtet war, welcher von der Art. epigastrica inferior und dem Leistenband gebildet wird. Als Entstehungsursache vermutet Blaisdell einen schmalen Riß der Fascia transversalis und des angrenzenden tiefen Blattes der Falx inguinalis bei plötzlicher starker Anstrengung oder Stoß gegen das gespannte Abdomen. *MacLean.*

Zahradnický, F.: Über die Behandlung des postoperativen, durch Adhäsionen bedingten Ileus. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 32, S. 1973—1979 u. Nr. 33, S. 2046—2054. 1913.

Zur Verhütung des postoperativen Ileus müssen wir alle mechanischen, chemischen und thermischen Einflüsse auf das Peritoneum möglichst vermeiden. Alle von den verschiedenen Autoren angegebenen Methoden zur Verhütung der Adhäsionsbildung sind weniger wichtig als die Anregung der Peristaltik, entweder direkt durch Atropin und Physostygmin oder indirekt, durch Lageveränderungen, Bauchmassage und Gymnastik des Kranken. Physostygmin wird in Dosen von 0,001 injiziert und die Einspritzung nach einigen Stunden wiederholt. Atropin ist nur bei dynamischem und Obturationsileus angezeigt; die gewöhnliche Dosis beträgt 0,001, eventuell 2 bis 3 mal. — Langdauernde Entzündungen des Wurmfortsatzes, Adnexentzündungen, Magengeschwüre, ferner peritonitische Reizungen durch Tumoren und reponierter Bruchinhalt disponieren besonders zur Bildung von Verwachsungen. Auch bei tuberkulösen und gonorrhoischen Peritonitiden ist die Gefahr groß. Die klinischen Symptome der Verklebungen treten manchmal in den ersten Tagen p. o. auf in Gestalt krampfartiger Schmerzen bei regellosem Verhalten des Stuhlganges. Oft besteht sichtbare Peristaltik, der in späteren Stadien eine Darmlähmung folgt. Bei chronischem Verlauf treten je nach dem Sitz der Verwachsung sehr verschiedene Beschwerden auf. Eine Beobachtung des Zeitpunktes, wann die Schmerzen auftreten und wo sich eventuell sichtbare Peristaltik zeigt, erlaubt eine topische Diagnose. Zum Schluß berichtet Zahradnický noch über Operationsmethoden und Resultate. *Schlippe* (Darmstadt.)[M]

Le Jemtel: Occlusion intestinale tardive par calcul appendiculaire. Intervention. Guérison. (Chronischer Darmverschluß durch Appendixstein. Operation. Heilung.) Année méd. de Caen Jg. **38**, Nr. 8, S. 396—401. 1913.

21jähriger, sonst gesunder Mann erkrankt im Laufe eines Jahres viermal unter sehr heftigen, peritonitischen Erscheinungen und Darmverschluß, doch gehen alle Anfälle auf symptomatische Therapie rasch zurück. Die im anfallsfreien Intervalle bei Fehlen aller subjektiven Symptome vorgenommene radiologische Untersuchung ergibt zahlreiche Verengerungen des Dickdarmes und verlangsamte Füllung desselben. Bei der Laparotomie werden zahlreiche peritonitische Adhäsionen des Dickdarms, Verwachsung der Appendix vermiformis mit der

Flexur und daselbst zwischen Schwielen eingebettet ein bohnengroßer Kotstein gefunden. Appendektomie, Lösung der Adhäsionen; Heilung. *Freund* (Wien).

Stedman, H.: Chronic appendicitis. (Chronische Appendicitis.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 4, S. 571—573. 1913.

Die Symptome kommen vom Magen, wie vor allem Hyperchlorhydrie, und dann von der Resorption toxischer Substanzen vom Darm aus. Objektiv findet man eine Erweiterung des Coecums, chronische Obstipation und manchmal Schmerzen rechts vom Nabel. Die Behandlung besteht in der Entfernung des Appendix und Lösung der Verwachsungen. Stedman hat 1912 35 Fälle beobachtet, die er ausnahmslos heilen konnte. *Vogt* (Dresden).

Sonnenburg, E.: Zu dem Aufsatze Kofmanns: Über die Ausschaltung des Wurmfortsatzes. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 35, S. 1364. 1913.

Veranlaßt durch den allerdings wohl allseitig abgelehnten Vorschlag von Kofmann, bei sehr schwierigen Verhältnissen den Wurmfortsatz nicht zu exstirpieren, erinnert Sonnenburg daran, daß er in seinem Lehrbuch über Pathologie und Therapie der Perityphlitis bereits über Fälle von spontaner Amputation der Appendix berichtet hat, die wegen dauernder Fisteleiterung schließlich doch zu einer operativen Entfernung des Stumpfes führten. Sogar einwandfreie akute Anfälle hat er beobachtet bei den spontanen Amputationen: Nur durch eine vollständige Entfernung der Appendix kann eine Entzündung des Wurmfortsatzes geheilt werden. *Knoke.*[CH]

Schwabe: Beitrag zur Frage der traumatischen Appendicitis. Zeitschr. f. Versicherungsmed. Jg. **6,** H. 8, S. 225—228. 1913.

Bei einem bis dahin vollkommen gesunden Manne traten beim Heben eines Strohballens plötzlich Schmerzen im Leibe auf, an die sich die Erscheinungen einer Blinddarmentzündung anschlossen. Es entwickelte sich ein perityphlitischer Absceß, der nach 3 Wochen in die freie Bauchhöhle perforierte und den Tod zur Folge hatte. Der Zusammenhang mit dem in Rede stehenden Unfalle wird von dem Verf. in seinem ausführlich begründeten Gutachten bejaht und sowohl vom Schiedsgericht wie Reichsversicherungsamt angenommen. *Bode* (Göttingen).[CH]

● **Sonnenburg, Eduard: Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendicitis). 7. umgearb. Aufl.** Leipzig: Vogel. 1913. VIII, 267 S., 1 Taf. M. 6.—.

Willems, W.: Dermoidcyste zwischen den Blättern der Mesoappendix in ihrer differential-diagnostischen Stellung zu appendicitischen Tumorbildungen. (*Chirurg. Klin., Königsberg i. Pr.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **86,** H. 1, S. 223—228. 1913.

Bei einem 43 jährigen Manne blieb im Anschluß an eine „Blinddarmentzündung" ein Tumor zurück, der zeitweise Stuhlverstopfung und hierdurch gewisse Beschwerden machte. Er war 8 Jahre später noch in derselben Größe vorhanden, wurde als Rest des appendicitischen Prozesses angesprochen und operiert. Dabei fand sich, daß es sich um einen zwischen den Blättern der Mesoappendix liegenden Tumor handelte, der exstirpiert werden konnte. Die genauere Untersuchung ergab das Resultat: Dermoidcyste.

In der Literatur konnte Verf. keinen Parallelfall finden. Zu der Frage nach der Herkunft des Tumors ist die Tatsache zu berücksichtigen, daß die aus dem Wolffschen Gange hervorgegangenen Dermoide sich zunächst retroperitoneal entwickeln und zwischen die Blätter der Radix mesenterii ebenso wie zwischen das Mesocolon des Colon ascendens eindrängen können. Bei einem weniger fetten Patienten wäre vielleicht die Diagnose schon ante operationem zu stellen gewesen; jedenfalls empfiehlt sich im Zweifelsfalle immer die Laparotomie. *Bode* (Göttingen).[CH]

Holländer, Eugen: Colon mobile und Ileocöcaltuberkulose. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 180—185. 1913.

Die „Ruhigstellung" tuberkulös erkrankter Gewebe, z. B. des Darmes durch die Darmausschaltung, war eine Zeitlang fast die einzige Therapie der Tuberkulose. Holländer sucht zu zeigen, daß es ein Weg zur Besserung bezw. Heilung tuberkulös erkrankten Gewebes ist, möglichst normale mechanische Verhältnisse operativ wiederherzustellen, an der Hand eines durch einfache Coecopexie — die Resektion war aus besonderen Umständen nicht ausführbar — sehr günstig beeinflußten Falles von schwerer Ileocoecaltuberkulose im Gefolge eines mobilen Kolons, bei dem unter den sonst bekannten Entzündungserscheinungen die Tuberkulose eine beachtenswerte Rolle spielt. Die tuberkulöse Erkrankung hatte sich auch hier an dem Punkte schwerster dynamischer Behinderung lokalisiert, nach deren Beseitigung eine Heilung der Darmtuberkulose soweit erfolgte, daß alle subjektiven Beschwerden des Patienten verschwanden und zwar durch Herabsetzung der peristaltischen Leistung auf ein normales Maß. Die vollkommene „Ruhigstellung" z. B. der tuberkulös erkrankten Blase

durch Uretherverpflanzung, ergab schlechte Resultate. Weil außer Funktion gesetzte Organe rudimentieren und zu pathologischen Gewebsveränderungen neigen, ist eine Arbeitsentlastung der erkrankten Organe, aber mit Erhaltung ihrer Funktion, in therapeutischer Beziehung anzustreben. *Sulzer* (Aachen).

Willis Byrd, Charles: Villous polypus of recto-sigmoid juncture removed by ligation and clamp. (Zottenpolyp an der Übergangsstelle vom Rectum zum Sigmoideum entfernt durch Ligatur und Klemme.) Old dominion journal of med. a. surg. Bd. **17**, Nr. 3, S. 149—152. 1913.

Eine sonst gesunde 44jährige Frau litt seit 3 Jahren an unregelmäßigen Darmblutungen, welche wechselten von Spuren bis zur Menge einer Teetasse, gewöhnlich nach der Defäkation. Gleichzeitig traten Schleimabgänge und Durchfälle auf, häufig $^1/_2$ Stunde nach dem Essen oder im Anschluß an Gemütserregungen. Die Untersuchung mit dem Rectoskop ergab einen walnußgroßen gestielten Tumor am Übergang vom Rectum zum Sigmoideum. Bei der Laparotomie wurde im eröffneten Rectum der Tumor nicht gefunden. Er wurde aber 3 Wochen später rectoskopisch wieder gesehen. Willis konstruierte nun einen vernickelten Tubus von 5 Zoll Länge und 2 Zoll Durchmesser. In Narkose gelang nach Dehnung des Sphincter die Einstellung des Tumors, dessen Stiel ligiert und abgeklemmt wurde. Die Klemme wurde mit dem zur Unkenntlichkeit erweichten Tumor am 4. Tage abgestoßen. Heilung. Als Grund für den Mißerfolg bei der Laparotomie nimmt M. an, daß in Rückenlage der Tumor tief ins kleine Becken hinabgesunken sei. *MacLean* (Wurzen).

Harnorgane:

Anderson, A. V. M.: Bacillus coli urinary infection. (Infektion der Harnwege mit Bacterium coli.) Austral. med. journal. Bd. **2**, Nr. 104, S. 1118 bis 1122. 1913.

Klinischer Vortrag. Bei akuter Koli-Pyelitis hält Verf. mit anderen Alkali innerlich für sehr wirksam und zieht es dem Urotropin vor, bei chronischer Infektion rät er zur Vaccination. *W. Israel* (Berlin).CH

Nelson, A. W.: Points in diagnosis of certain urinary diseases. (Diagnostische Merkmale bei einzelnen Erkrankungen der Harnwege.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 25, S. 682—685. 1913.

Betrifft nur männliche Urologie, nichts Neues. *Schmid* (Prag).

Hadden, David: Bacteriology of the urine in relation to movable kidney. (Infektion des Urins in Beziehung zur Wanderniere.) California State journal of med. Bd. **11**, Nr. 8, S. 326—330. 1913.

Verf. teilt einige Beobachtungen mit über das Zusammentreffen von Wanderniere mit bakterieller Infektion der betreffenden oder beider Nieren. Durch Verallgemeinerung dieser Tatsachen kommt er zu den unsrigen völlig entgegengesetzten Anschauungen. Er betrachtet „die chronische Infektion der Harnwege in der Mehrzahl der Fälle vergesellschaftet mit einer Ptosis der Niere oder der Blase oder beidem" und tritt ebenfalls im Gegensatze zu europäischen Ansichten für eine häufigere Anwendung der Nephropexie ein. *W. Israel* (Berlin).CH

Kretschmer, Herman L.: The treatment of profuse kidney hemorrhage by means of epinephrin. (Behandlung profuser Nierenblutung durch Anwendung von Epinephrin.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 1, S. 17—18. 1913.

In einem Falle stand eine sehr heftige Nierenblutung auf zweimalige Injektion von 5 ccm einer Lösung von gleichen Teilen Adrenalinlösung und Kochsalzlösung mittels eines Ureterenkatheters in das Becken der blutenden Niere. Das Verfahren wird empfohlen in Fällen, in denen Tumor, Stein und Tuberkulose auszuschließen ist. Doch kann es auch bei diesen Erkrankungen als Palliativmittel und zwecks Diagnosenstellung zur Anwendung kommen. *Ellermann* (Danzig).CH

Moore, Harvey: Essential hematuria, with a report of a case cured by injection of adrenalin through the ureteral catheter. (Essentielle Hämaturie, mit Bericht über einen Fall, geheilt mit Einspritzung von Adrenalin durch den Ureterenkatheter.) Urol. a. cutan. rev. Bd. **17**, Nr. 8, S. 407—409. 1913.

Genaue Angaben des im vorliegenden Falle beobachteten Urinbefundes. Es wurden dreimal in längeren Intervallen (1—2 Wochen) je 3 ccm einer Lösung von 2 ccm Adrenalin-

lösung und 8 ccm sterilen Wassers in das Nierenbecken injiziert. Die vorher monatelang bestehende, recht erhebliche Blutung stand daraufhin und war auch etwa ein Jahr später noch nicht wieder aufgetreten. Es wird empfohlen, vor operativem Vorgehen bei essentieller Hämaturie einen Versuch mit der hier angewandten Behandlung zu machen. *Ellermann.*CH

Kirby, H. H.: Renal tuberculosis. (Nierentuberkulose.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. **10,** Nr. 4, S. 93—96. 1913.

Verf. gibt einen Bericht über den jetzigen wissenschaftlichen Standpunkt der Nierentuberkulose. In 80% fand er im zentrifugierten 24-Stunden-Urin Tuberkelbacillen. Ist der Bacillenbefund negativ, muß der Tierversuch unternommen werden. Bei Blasentuberkulose hatte er gute Erfolge mit 5proz. Carbolsäurespülung einen Tag um den anderen. In der Diskussion wird das Friedmannsche Verfahren erwähnt und verurteilt. *Weißwange* (Dresden).

● **Wildbolz, H.: Chirurgie der Nierentuberkulose.** Stuttgart: F. Enke. 1913. XII 194, S., 22 Taf. M. 8.60.

Wildbolz, H.: Die Diagnose und Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose im Anfangsstadium. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1.** H. 6, S. 525—566. 1913.

Chronische Nierentuberkulose, zu deren Frühstadien nur solche Fälle gerechnet werden dürfen, in denen die Funktion des kranken Organs nicht wesentlich beeinflußt wurde, nimmt vom Mark ihren Anfang, teilweise direkt in den Papillen, wo sie Knötchen bildet, die nach dem Nierenbecken zu geschwürigen Zerfall zeigen. Die Diagnose des Frühstadiums gründet sich hauptsächlich auf den Nachweis von Bacillen im Sekret, von Eiterkörperchen im Urin, wozu aber unbedingt der Nachweis der beginnenden Funktionsstörung kommen muß. Für die letztere leistet besonders die Kryoskopie sehr gute Dienste. Die Tuberkulinbehandlung gibt in Fällen sicher konstatierter Nierentuberkulose keine Heilerfolge. Auch die anderen konservativen Behandlungsmethoden, wie die medikamentöse, die Klimato- und Sonnentherapie, geben keine Heilung. Die einzige in Betracht kommende Behandlung ist die Exstirpation der erkrankten Niere. Eine konservative Methode darf nur bei doppelseitiger Nierentuberkulose versucht werden. *Hohl* (Bremerhaven).

Bret, J., et R. Boulud: Le coefficient azoturique de l'urine dans les affections rénales et les cardiopathies. (Der „azoturische" Koeffizient des Urins bei Nieren- und Herzerkrankungen.) Journal d'urol. Bd. **4,** Nr. 2, S. 185—205. 1913.

Über den „azoturischen Koeffizienten", das Verhältnis von Stickstoff im Urin zum Gesamtstickstoff, hat Boulud bereits früher gearbeitet (Lyon médical 29. IX. 1912). Dort finden sich Angaben über die Technik der Untersuchung und das Verhalten des Koeffizienten bei Nierenaffektionen. In der vorliegenden Arbeit wird der Wert dieser Bestimmung für die Diagnose von Herz- und Nierenkrankheiten an der Hand von 39 genau untersuchten und durch Obduktion sichergestellten Fällen niedergelegt. *Posner* (Heidelberg).CH

Héresco, Pierre: De la cystectomie totale dans les néoplasmes multiples ou infiltrés de la vessie. (Totale Cystektomie bei multiplen oder infiltrierenden Neoplasmen der Blase.) Journal d'urol. Bd. **4,** Nr. 2, S. 169—183. 1913.

Bei vollständiger Ausfüllung der Blase mit Tumormassen hat Héresco die Blase total exstirpiert und die Ableitung des Urins in der Weise bewerkstelligt, daß er beide Ureteren aneinanderlegte und sie so in dem oberen Winkel der hypogastrischen Operationswunde einnähte, daß ihr Lumen an die Bauchhaut genäht wurde, während durch versenkte Nähte die Ureteren in den tieferen Bauchdeckenschichten fixiert wurden. Dieses Verfahren hat den Vorzug, daß die Ureteren leicht zur Vornahme der für die Folge dringend notwendigen Spülungen der Nierenbecken sondiert werden können. Es ermöglicht ferner das Tragen nur eines und zwar eines gut adaptierbaren Urinrezipienten. — H. hat vier Fälle auf diese Weise operiert ohne operativen Todesfall. Ein Operierter ist seit $2^1/_2$ Jahren, einer seit 16 Monaten gesund, einer starb nach 7 Monaten an Nephritis, ein anderer nach 17 Monaten an Pyelitis (er hatte sich den angeordneten Spülungen entzogen). Verf. betont die Notwendigkeit, die Ureteren vor der Einnähung möglichst weit zu isolieren, um ein Zurückschnurren in die Lendengegend bei etwaigem Durchschneiden der Nähte zu vermeiden. Er pflegt

neuerdings die Bauchwunde nach dem Damm hin zu drainieren. H. gibt Krankengeschichten und Abbildungen zu seiner Operation, die er als relativ einfach bezeichnet.
Janssen (Düsseldorf).CH

● **Nowicka, V.: Contribution à l'étude de la perméabilité et du pouvoir absorbant de la vessie.** (Beitrag zum Studium über die Durchgängigkeit und Absorptionsfähigkeit der Harnblase.) Paris: Vigot frères. 1913. Frcs. 2.—.

Boeckel, André: Fistule urétéro-vaginale consécutive à une hystérectomie abdominale totale pour cancer guérie par le cathétérisme urétéral à demeure. (Ureterscheidenfistel im Anschlusse an eine abdominale Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom desselben, geheilt durch Dauer-Katheterismus des Ureters.) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 3, S. 409—413. 1913.

Am 18. Tage nach der Operation, die keine erweiterte war, entstand eine Ureterscheidenfistel. In der 7. Woche post oper. wird nach vielen vergeblichen Versuchen ein Katheter Nr. 12 von der Blase aus in den fistulösen Ureter über die Fistel hinauf eingelegt. Unter häufigem Wechseln bringt man die Sondendicke bis auf Nr. 16. Tägliche Nierenspülungen mit Silbernitrat. Nach 19 Tagen Entfernung der Sonde; vollständige Heilung, die eine dauernde bleibt.
Weibel (Wien).

Mamma:

Erdheim, Siegmund: Über Graviditätshypertrophie der Mammae und der akzessorischen Brustdrüsen. (*Allg. Poliklin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 39, S. 1571—1575. 1913.

Bei Mammahypertrophie gibt es zwei Hauptgruppen: Pubertätshypertrophie und Graviditätshypertrophie. Verf. berichtet über einen Fall von jeder Gruppe. Bei einem 13jährigen Mädchen trat 1 Jahr nach Eintritt der Menstruation schnelles Wachstum der Brüste bis zu Mannskopfgröße auf mit starker Abmagerung des übrigen Körpers. Die Wachstumstendenz hörte nach $1^1/_2$ Jahren von selbst auf; der Körper erholte sich dann wieder. Die Graviditätshypertrophie ist schärfer präzisiert, da ihr Beginn genau mit dem der Schwangerschaft zusammenfällt und das Wachstum schneller ist. Folgender Fall wird beschrieben:

Bei der 22 Jahre alten Patientin war schon 3 Jahre vorher bei der ersten Gravidität im 3. Monat der Abort eingeleitet wegen rapider Vergrößerung der Brüste und einer akzessorischen Mamma beiderseits, worauf die Schwellungen nach eingetretener Milchsekretion rasch abnahmen. Mit Einsetzen der zweiten Gravidität abermals enorme Zunahme der Brüste mit außerordentlichen Beschwerden, deshalb abermals künstlicher Abort mit demselben Erfolg. Es wurde ein Probestück excidiert, dessen mikroskopische Untersuchung ergab, daß der Bau vollständig der einer normalen Mamma einer Graviden war. (Abbildungen veranschaulichen die Tumoren vor und nach dem Abort und den mikroskopischen Befund.)

Es sind bisher 20 Fälle in der Literatur mitgeteilt, wovon 7 mikroskopisch untersucht sind. Therapeutisch haben interne Maßnahmen und Kompression versagt. Die radikalste Behandlung ist die Ablatio beider Mammae, wie sie mehrfach ausgeführt wurde. Der künstliche Abort ist ebenfalls gerechtfertigt, wenn der geschwächte Körper die Ablatio nicht mehr zuläßt oder dieselbe wegen ihres entstellenden Erfolges abgelehnt wird.
Herzog (Frankfurt a. M.).

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Abderhalden, Emil: Bemerkung zu dem Aufsatz von Evler: Beiträge zu Abderhaldens Serodiagnostik. Med. Klin. Jg. 9, Nr. 29, S. 1171. 1913.

Entgegnung gegen den Aufsatz von Evler, in welchem Abderhalden fehlerhafte chemische und physiologische Beobachtungen findet.
von Bomhard (München).

Wolff, Günther: Die biologische Diagnose der Schwangerschaft nach Abderhalden. (*Frauenklin., Göttingen.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 4, S. 394—398. 1913.

Auf Grund seiner Untersuchungen ist Verf. der Ansicht, daß die während der Schwangerschaft im Blut gebildeten Fermente Placentargewebe abzubauen vermögen. Diese Fermente sind spezifisch proteolytischer Natur. Sie sind mit Hilfe der Abder-

haldenschen Methode sicher nachzuweisen. Die Methode ist daher geeignet, eine bestehende Schwangerschaft schon in den frühesten Monaten zu erkennen, vorausgesetzt, daß 1. die Placenta absolut frei von Blut ist und Stoffen, die mit Ninhydrin reagieren; 2. nur geprüfte Hülsen verwendet werden; 3. das zum Versuch benutzte Serum nicht länger als 4—5 Stunden gestanden hat. Von besonderem Werte ist die Abderhaldensche Methode auch bei differentialdiagnostischen Fällen, wenn die Diagnose zwischen Tumor und Gravidität schwankt. Für die Praxis eignet sich das Dialysierverfahren nicht, um so größere Vorteile bietet es dagegen für größere Kliniken, wo durch häufige Anwendung desselben eine sichere Technik gewährleistet wird. *Runge* (Berlin).

Judd, Charles C. W.: The technique of Abderhaldens pregnancy reaction. (Die Technik der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion.) (*Coll. of physic. a. surg., Baltimore, Maryland.*) Americ. journal of the med. scienc. Bd. 146, Nr. 3, S. 391—396. 1912.

Theorie: Blutplasma entwickelt bei Gegenwart fremder Stoffe spezifische Enzyme, die jene schädlichen antigenen Kohlehydrate-, Fette- und Protein-Moleküle zu assimilierbaren Produkten spalten. Technik des Nachweises proteolytischer Enzyme vermittels Placentargewebe außerhalb des Organismus zwecks Schwangerschaftsnachweis: Blutserum der Patientin und präpariertes Placentargewebe gleicher Art werden zusammengebracht. Die Enzyme und damit Schwangerschaft werden nachgewiesen: 1. durch Polariskopieren vor und nach der Mischung, 2. durch halbdurchlässigen Dialysator, der wohl die Spaltungsprodukte, aber nicht die Proteinmoleküle durchläßt. Nachweis durch die Biuretreaktion. — Fäulnis vermeidet eine reichliche Schicht Toluol in Dialysator und Außengefäß und Reinigung nach Gebrauch: mehrstündige Spülung in Tropfwasser, Anfüllung mit destilliertem Wasser, Verschluß mit Watte, Sterilisation im Autoklaven. Der Placentavorrat ist vor Gebrauch durch Biuretprobe oder Versetzen mit Kochsalzlösung im Dialysator zu prüfen. Bei positiver Biuretprobe ist die Placentamenge frisch zu kochen. Das Serum ist aseptisch zu behandeln.— Auch Schleicher und Dülls Dialysierhülsen sind auf zu große und zu geringe Durchlässigkeit (letzteres mit Witteschem Pepton) zu prüfen. Inkubation 12 Stunden. Nach 10 maligem Gebrauch ist neu zu proben! (Einfluß der Sterilisierhitze.) Angabe der Herstellung eines Dialysators vermittels Celloidinausgusses. Bei einer Inkubation von 30 Stunden kann die Thermostatentemperatur von 37° durch Zimmertemperatur ersetzt werden. — Autor erhielt von der 7. Graviditätswoche bis zum 7.—20. Tage des Wochenbettes positive Erfolge. Pathologische Komplikationen aller Art ergaben negative Resultate. *Mohr* (Berlin).

Jaworski, K., und Z. Szymanowski, Beitrag zur Serodiagnostik der Schwangerschaft. (*Veterinär-Inst. u. Frauenklin., Jagiellon. Univ. Krakau.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, Nr. 23, S. 922—924. 1913.

Bei der Nachprüfung der Abderhaldenschen Reaktion mit der dialytischen Methode an 70 Fällen (34 Grav., 21 Kontr., 7 Wöchnerinnen, 1 Abortus, 7 different. Diagn. bei Extrauter.-Grav.) ergab sich kein Versager. Schwierigkeiten bereitete dabei die Frage, wie lange die Dialysatoren gebrauchsfähig bleiben. Ergebnis: 1. Die Reaktion tritt in den frühesten Graviditätsmonaten auf. 2. Diagnose wertvoll bei Extrauterin-Grav. 3. Bei Eklampsie und Hyperemesis ist die Reaktion schwach. 4. Die Reaktion bleibt bis zu 14 Tagen im Wochenbett positiv. 5. Das Serum von Carc.-Kranken konnte Placenta-Eiweiß nicht spalten. Am Schluß Hinweis auf wichtige, noch nicht gelöste experimentelle Fragen der Reaktion. *von Bomhard* (München).

Gentili, Attilio: La decidua considerata come glandola endocrina. (Die Decidua als Drüse mit innerer Sekretion betrachtet.) (*Istit. ostetr.-ginecol. univ., Cagliari.*) Ann. di ostetr. e. ginecol. Bd. 2, Nr. 8, S. 257—305. 1913.

Durch eine große Reihe von Tierexperimenten sucht Verf. die Frage zu lösen, ob auch die Decidua eine innere Sekretion besitzt.

Wässerige, zum größten Teil aus der Decidua der Kuh (außerdem kamen Hunde, Kaninchen, Meerschweinchen, zweimal auch menschliche Decidua in Betracht) gewonnene Extrakte wurden Hunden und Kaninchen endovenös eingespritzt. Ähnliche Extrakte aus dem Corpus luteum der oben erwähnten Tiere und aus fötalen Organen dienten als Kontrollen. In einer ersten Versuchsanordnung wurde hauptsächlich die Giftigkeit der Extrakte auf Kaninchen geprüft, in einer zweiten die Wirkung derselben bei narkotisierten Hunden mit besonderer Rücksicht auf den Zirkulationsapparat. Die Resultate lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Die aus der Decidua der Kuh, der Hündin und der Frau stammenden wässerigen

Extrakte sind, wenn auch in ganz kleiner Dosis in die Blutbahn eingeführt, sehr giftig für die Versuchstiere (Kaninchen); auch giftig, aber nur bei größerer Dosis, zeigen sich Deciduaextrakte von Kaninchen und Meerschweinchen. Es wird bei sämtlichen Versuchstieren ein Symptomenkomplex hervorgerufen, welches demjenigen sehr ähnlich ist, das nach Injektion von Organextrakten im allgemeinen zustande kommt (zuerst tetanische Kontraktionen, Opisthotonus, Exophtalmus, dann kurz vor dem Tod Apnöe und vollständige Lähmung der Extremitäten). Die Obduktion läßt in der Regel eine Thrombose der Lungengefäße entdecken. Bei den mit einer ganz kleinen, nicht tödlichen Dosis vorbehandelten Tieren tritt Widerstandsfähigkeit gegen eine zweite Einspritzung ein. Deciduaextrakte werden durch Zusatz von Blutserum desselben Tieres, aus welchem sie stammen, vollständig entgiftet, aber nur, wenn diese Mischung vor der Einspritzung eine gewisse Zeit im Brutschrank gehalten worden ist. Die Giftigkeit der Extrakte von Decidua in den ersten Zeiten der Schwangerschaft ist immer größer als in den späteren. Die aus dem Corpus luteum gewonnenen Extrakte entfalten eine ähnliche, jedoch bedeutend geringere Giftwirkung, die aus fötalen Organen bleiben ganz erfolglos. Ganz unabhängig von ihrer Giftigkeit zeigen die Deciduaextrakte stets eine auffallende Einwirkung auf den Blutdruck (Versuche beim Hunde), welchen sie rasch und stark herabsetzen (als Nebenerscheinungen sind eine Verkleinerung der systolischen Welle und Rhythmusveränderungen in der Atmung noch zu erwähnen). Durch Vorbehandlung der Extrakte mit Blutserum, wie es oben angegeben ist, bleibt die Herzaktion vollständig unbeeinflußt. Auch Corpus luteum-Extrakte rufen, jedoch mit viel weniger Intensität, letztere Phänomen hervor, welche allerdings sehr charakteristisch für den Deciduasaft erscheinen, während die Giftwirkung auf Versuchstiere als eine den sämtlichen Organextrakten gemeinsame Eigenschaft zu bezeichnen ist. Aus diesen am Tierexperiment festgestellten Eigentümlichkeiten kann man schließen, daß die Decidua als eine Drüse mit innerer Sekretion zu betrachten ist.

Colombino (Mailand).

● **Seitz, L.: Innere Sekretion und Schwangerschaft.** Leipzig: Barth. 1913. IV, 256 S., 6 Taf. M. 7.—.

Thierry, Hedwig: Untersuchungen über die elektrische Erregbarkeit bei Schwangeren. (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 3, S. 773—786. 1913.

Verf. hat ihre Untersuchungen an 110 Frauen — 70 graviden — vorgenommen und zwar am N. medianus des rechten Armes. Sie kommt zu folgendem Resultat: 1. Bei der elektrischen Untersuchung von 70 schwangeren Frauen im 9. und 10. Monat fand sich in 80% eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit. 2. Diese Steigerung erreichte kurz vor der Geburt noch höhere Grade, die in 69% der Fälle noch innerhalb der Stintzingschen Grenzwerte lagen, in 11% aber Werte erreichten, wie sie bei der Tetanie beobachtet werden. 3. Auch bei Frauen, deren Nervenerregbarkeit während der Schwangerschaft nicht erhöht war, trat während der Geburt eine Steigerung ein. 4. Im Wochenbett ließ die Steigerung der Erregbarkeit immer mehr nach, um allmählich ganz zu schwinden. — 5 Kurven.

Harm (Dortmund).

Palmer, J. T.: Care of the expectant mother. (Pflege der Frau in der Hoffnung.) Journal of the Arkansas med. soc. Bd. **10**, Nr. 4, S. 103—106. 1913.

Nichts Neues.

Mohr (Berlin).

Heynemann, Th.: Die Beckenuntersuchung mittelst Röntgenstrahlen und ihre praktische Bedeutung für die Geburtshilfe. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. **5**, H. 2, S. 237—274. 1913.

Man unterscheidet stereoskopische Aufnahmen für Übersichtsbilder und einfache, die sich auf die am meisten interessierende Ebene, den Beckeneingang, beschränken. Letztere mit Nah- und Fernabstand. Bei der Nahaufnahme starke Vergrößerung und Verzeichnung im Bilde, denn es ist kaum möglich, die Röhre genau zentral und die Beckeneingangsebene genau parallel der Platte zu stellen. Vergrößerung geringer,

wenn man in Bauchlage die Platte an den Leib bringt und die Röhre von hinten einstellt. Beide Nachteile erheblich gemildert bei der Fernaufnahme. Zweckmäßige Fokusplattendistanz 210—260 cm. In praxi Abzug von 0,7 cm von der Bildgröße, um den wahren Durchmesser zu bekommen. Bei der Nahaufnahme ist zur Größenbestimmung eine Umrechnung nötig. Wahrheitsgetreue, orthomorphe Bilder durch stereoskopische Aufnahmen. Zweckmäßige Entfernung von Fokus zur Platte 60 cm außerhalb und 200 cm innerhalb der Schwangerschaft. Verschiebung um 6,5 cm (= Abstand unserer beiden Augen) zwischen 1. und 2. Aufnahme. Sie sind gut als Übersichtsbilder des Beckens, aber kein voller Ersatz für Fernaufnahmen des Beckeneingangs zu geburtshilflichen Zwecken. Die größte Bedeutung haben sie für die exakte Beckenmessung. Nach der Methode von Mackenzie - Davidson kann der gesuchte Durchmesser genau konstruiert werden. Verfahren jedoch nicht ganz einfach und mühelos, so daß Möglichkeit einer allgemeinen Anwendung fraglich. Anzustreben ist die Beckenmessung direkt und unmittelbar mit Hilfe des Stereoskops. Sie ist im Prinzip Pulfrich gelungen. Die klinische Brauchbarkeit seines Apparats ist indessen praktisch noch nicht genügend erprobt. Für die Größenbestimmung des kindlichen Kopfes haben Röntgenaufnahmen bis jetzt noch keine praktische Bedeutung. *Wößner* (Freiburg).

Wallich, V.: De l'avortement précoce. (Frühzeitiger Abortus.) Rev. de gynécol. Bd. **21**, Nr. 1, S. 1—22. 1913.

Bei dem Abortus in den ersten Wochen der Schwangerschaft handelt es sich sehr häufig nur um eine scheinbare Verspätung der Menstruation um einige Tage. Wenn diese verspätete Blutung mit krampfartigen Schmerzen vergesellschaftet ist (natürlich müssen die Menses für gewöhnlich regelmäßig sein), so soll man an frühzeitigen Abortus denken und die abgehenden Blut- und Gewebspartikel makro- und namentlich auch mikroskopisch untersuchen. Verf. bespricht die modernen Anschauungen über Eieinbettung (unter besonderer Berücksichtigung der Delporteschen Arbeiten). Einzelheiten hierüber sind im Original einzusehen.

An elf guten Abbildungen werden die Veränderungen der Uterusschleimhaut bei junger extrauteriner und intrauteriner Schwangerschaft erläutert; von letzteren finden sich Beispiele von Decidua allein ohne Ei und von Decidua mit jungem Ei (Fall III, Ausstoßung 35 Tage nach den letzten Menses, Eihöhle 3 × 7 mm, Embryo nicht vorhanden; Fall IV, Ausstoßung 43 Tage nach den letzten Menses, Eihöhle 4,5 × 7 mm, den abgestorbenen Embryo enthaltend.)

Als Unterscheidungsmerkmal für Leben oder Tod des Fötus sieht Wallich die „hydropische“ bzw. „fusiforme“ Reaktion der Deciduazellen an. Der frühzeitige Abortus kann bedeutungsvoll werden für eine Infektion des Uterus, der Tuben, des Bauchfells sowie für einen malignen Tumor, ausgehend vom Chorion; daher soll man ihm mehr Aufmerksamkeit schenken. Prophylaktisch empfiehlt sich für die kritische Zeit, meist die der prämenstruellen Kongestion, welche die Einbettung des befruchteten Eies vorbereitet, körperliche und geistige Ruhe, um eine Blutdrucksteigerung zu vermeiden, die zu Gefäßzerreißung, Blutung in die Uterusschleimhaut und zum Absterben des Eies führen könnte; also Vermeidung des Sexualverkehrs in den sechs Tagen der prämenstruellen Periode, Sorge für regelmäßige Darmfunktion, einfache reizlose Kost, Alkoholabstinenz usw. Nach eingetretenem frühzeitigem Abortus sind die Abgänge genau zu untersuchen; bei Retention von Eiteilen sind dieselben zu entfernen. *Schmid* (Prag).

Lepage, G.: Conduite à tenir dans les accidents consécutifs à l'avortement. (Über das Verhalten bei den Folgezuständen von Fehlgeburten.) Semaine gynécol. Jg. **18**, Nr. 36, S. 285—286. 1913.

Unter 370 klinischen Abortfällen hatte Verf. eine Gesamtmortalität von 1,62%: die spontan verlaufenden wiesen eine Mortalität von 0,39%, die aktiv Behandelten eine solche von 4% auf.

Die an diesem Material gemachten Erfahrungen lassen Verf. bei nicht fieberhaften Fällen ziemlich lange abwarten. Handelt es sich um wahrscheinlich oder sicher kriminellen Abort, so ist er dafür, nach einer kurzen Wartezeit, während welcher man die

Ausstoßung durch Chiningaben zu befördern sucht, aktiv vorzugehen. Falls nach einem Abort Fieber eintritt, wiederholte Uterusspülungen und Drainage des Uterus keinen Erfolg haben, schabt er aus, wenn keine Kontraindikationen von seiten der Adnexe usw. vorliegen. Für Kolpotomie und Totalexstirpation gibt es bestimmte und begrenzte Indikationen. *Voigt* (Göttingen).

● **Moriez, S. du: L'avortement; étude hist., philos., sociale, médico-légale et de droit comparé.** (Der Abort, eine histologische, philosophische, soziale, gerichtlich-medizinische und allgemein-rechtliche Frage.) Paris: Marchal et Godde. 1913. Frcs. 7.50.

Grusdeff, W. S.: Einige Beobachtungen bezüglich der Extrauteringravidität. (*Aus der geburtshilfl. gynaekol. Klinik in Kasan.*) (Vortrag geh. a. d. 12. Pirogoffschen Kongreß.) Praktizeskji Wratsch Jg. 12, Nr. 34, S. 483—485 u. Nr. 35, S. 498 bis 500. 1913. (Russisch.)

Erfahrungen mit diesem Verfahren auch bei Extrauteringravidität. Der Schluß, zu dem Verf. dabei gelangt, ist der, daß praktisch die positive Reaktion zu den zufälligen Symptomen der Schwangerschaft gerechnet werden muß, die manchmal bei Graviden vorkommt, manchmal aber auch fehlt.

Verf. bespricht weiter die doppelseitige Extrauteringravidität und teilt den makro- und mikroskopischen Befund nach einer Operation einer Extrauteringravidität mit, wobei beide Tuben und der miterkrankte Wurmfortsatz mit entfernt wurden: Die rechte endet in einem Sack, der eine gut geformte Placenta enthält; linke Tube geht in der Pars isthmica in eine konusartige Verdickung über und enthält Blutkoagula. Mikroskopisch zeigt sich zwischen beiden Tuben ein scharfer Unterschied: in der rechten Tube sind die Zotten gut erhalten, dagegen in der linken sind diese ihres Epithels beraubt und bestehen aus einem hyalindegenerierten Stroma, nur an einer Stelle ist es gelungen, einige gut erhaltene Zotten nachzuweisen; daselbst war auch an der Tubenwand eine deutliche deciduale Reaktion zu sehen. Es handelte sich also um eine doppelseitige Extrauteringravidität, die gleichzeitig entstanden ist, die aber links früher unterbrochen wurde als rechts. Die dritte Frage, die der Verf. berührt, ist die Torsion der graviden Tube. Ein vom Verf. beobachteter und operierter Fall zeigt, wie die Torsion einer Hämatosalpinx, die durch tubaren Abort entstanden und unter konservativer Behandlung schon in Rückbildung war, zur venöser Stauung und erneuter Blutung in das Lumen und die Wand der Tube geführt hat. Zu einer Ruptur der von Zotten durchwachsenen Wand kam es nicht, weil die Folge der Torsion — die reaktive Peritonitis — zur Verwachsung der Tubenwand mit dem Ovarium und dem vorderen Blatt des Lig. lat. geführt hatte. *Braude* (Berlin).

Le Fur, R.: La pyélonéphrite de la grossesse. (Schwangerschaftspyelitis.) Tours méd. Jg. 9, Nr. 8, S. 162—170. 1913.

Verf. behandelt die Ursachen dieser Erkrankung, spricht von den prädisponierenden Ursachen, Kompression und Dislokation des Ureters usw., dann von den bekannten Symptomen der Schwangerschaftspyelitis, schließlich über Diagnose und Therapie, wobei folgender Standpunkt vertreten wird: In leichten Fällen Distension der Blase und Ureterenkatheterismus mit Nierenbeckenspülung. In schweren Fällen Nephrotomie während der Schwangerschaft und Nephrektomie nach derselben; Frühgeburt nur bei beiderseitiger Pyelitis und Unmöglichkeit, die Ureteren zu katheterisieren. *Weibel* (Wien).

Harabath, Rudolf: Über Graviditätshypertrichosis. Gynaekol. Rundsch. Jg. 7, H. 19, S. 705—706. 1913.

Harabath rechnet wie Slocum, Begar und Halban das vermehrte Haarwachstum bei graviden Frauen zu den äußeren Schwangerschaftssymptomen.

Bei einer Zwergrattlerhündin, die auf der unteren Körperseite fast kahl ist, beobachtete er während 2 maliger Schwangerschaft besonders auf dem Bauche ein vermehrtes Haarwachstum, und erst ca. 3—4 Monate post partum war die Bauchhaut wieder kahl wie zuvor. Bei einem Mopsweibchen, das wegen Sarcoptesräude verschiedene haarlose Flecke aufzuweisen hatte, verschwanden in der Gravidität die kahlen Flecke, um nach derselben wiederum zu erscheinen.

Als Ursache für die Hypertrichosis spricht er die während der Schwangerschaft eintretende Hyperämie der Haut an (vgl. Leinsamenumschläge), also nicht eine verminderte innere Sekretion der Ovarien in der Gravidität. *Krebs* (Breslau).

Geburt:

Tucker, C. A.: Pituitrin as an oxytoxic. (Pituitrin als Oxytoxicum.) Americ. med. journal Bd. **41**, Nr. 8, S. 656—660. 1913.

Unter der Geburt soll Pituitrin nur nach vollständiger Erweiterung des Muttermundes gegeben werden. In solchen Fällen wirkt es ausgezeichnet (ein Fall von Beweglichkeit des Kopfes durch 2 Stunden, 1 ccm Pituitrin, die nächste Wehe fixiert nicht nur den Kopf, sondern schleudert das Kind bis ans andere Ende des Bettes!). Besonders rühmt Verf. die Wirksamkeit von Pituitrin in der Nachgeburtsperiode, in welcher er es 30 mal mit bestem Erfolge angewandt hat. Außerdem bewährte es sich dem Verf. als das sicherste Mittel bei Shock (ein Fall von Tubarruptur mit schwerem Kollaps) und zur Bekämpfung der Harnverhaltung im Wochenbett; die Wirkung auf die Harnblase tritt nach 20—30 Minuten ein. *Schmid* (Prag).

Marx, S.: Clinical experience with pituitrine in obstetrics and gynecology. (Klinische Erfahrungen mit Pituitrin in Geburtshilfe und Gynaekologie.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 9, S. 344—347. 1913.

Hauptindikation für Pituitrinanwendung ist die sekundäre, weniger die primäre Wehenschwäche. Wenn bei fehlerhafter Lage und Stellung, engem Becken oder drohender Uterusruptur nach Injektion von Pituitrin Unglücksfälle auftreten, so ist nicht das Mittel als solches daran schuld, sondern der Geburtshelfer, der es in solchen Fällen fehlerhaft anwendet. Herz- und Nierenerkrankungen sowie hoher Blutdruck geben keine Kontraindikation gegen seinen Gebrauch ab.

Wenn 1 ccm subkutan erfolglos ist, so ist nach 20 Minuten eine zweite Injektion von 1 ccm zu machen. Bei Abortus im Gange, Abortus incompletus und Post partum-Blutungen hat Verf. ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen; bei letzteren ist die Kombination mit Ergotin ratsam. In einem Falle von Sectio caesarea kontrahierte sich der Uterus so sehr, daß das Anlegen der Nähte schwierig war. In einem Falle von Placenta praevia centralis ($8^1/_2$ monatliche Gravidität) wurde in Erwartung des Narkotiseurs 1 ccm Pituitrin injiziert; in der nächsten Stunde minimale Blutung; der vorher nur für einen Finger durchgängige Muttermund war nun für vier Finger offen und konnte manuell gedehnt werden, so daß nach Wendung das Kind lebend extrahiert werden konnte. Von den übrigen mitgeteilten Geburtsgeschichten ist ein Versager des Mittels bei schwerer Wehenschwäche erwähnenswert.

Pituitrin bewährte sich sonst bei Subinvolution, temporär bei Myomblutungen, ferner bei hämophiler Uterusblutung und bei postoperativer Darmparese. *Schmid* (Prag).

Sellheim, Hugo: Über einen wesentlichen Unterschied zwischen natürlicher Geburt und künstlicher Entbindung. (*Frauenklin., Univ. Tübingen.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **19**, H. 1, S. 1—12. 1913.

Die Geburtskraft (der Ausdruck ist besser als „austreibende Kraft") zerfällt in eine die Frucht umformende und in eine austreibende Komponente, in eine Wirkung von allen Seiten und in die vis a tergo. Bei künstlicher Entbindung fehlt die erste Komponente; die einzelnen Teile der Frucht kommen nicht in Zwangslage, sie können sich stauchen. Das wird an schematischen Figuren bei Kopflage und bei Beckenendlage zur Anschauung gebracht. Durch die Zange wird der Kopf förmlich von der Schulter losgelöst, die Schulter bleibt zurück; ihr Durchtritt erfolgt langsamer als bei spontaner Geburt. Bei Beckenendlagen bleiben die Arme hinter der Vorwärtsbewegung des Rumpfes zurück; Gesicht und Kinn bleiben hängen. Auch Kombination mit gleichzeitiger Expression leistet nicht dasselbe wie die natürliche Geburtskraft, weil der gleichmäßige allseitige Druck nicht ersetzt werden kann. Einen teilweisen Ersatz bietet nur der Umstand, daß jeder Eingriff Wehen auslöst; durch möglichstes Ausnützen der Wehen soll man Störungen der normalen Geburtshaltung der Frucht bei künstlichen Entbindungen zu vermeiden suchen. *Kermauner* (Wien).

O'Connor, Thomas S. A.: Technique of the delivery room. Delivery of the patient. Abnormal presentations and complications, and their treatment. (Einrichtung des Gebärraumes, Entbindung der Frau; abnorme Lagen und Komplikationen sowie deren Behandlung.) Albany med. ann. Bd. **34**, Nr. 9, S. 509—534. 1913.

Ausführliche Besprechung der in der Überschrift genannten Themata, die nichts Neues

bringt; interessant ist die Erfahrung, daß sich eine Querlage durch hockende Stellung der Kreißenden in eine Kopflage umgewandelt und spontan beendet werden kann. *Rittershaus.*

Baux et Roques: Opothérapie surrénale et contraction utérine du travail. Ligne blanche chez la femme enceinte. (Nebennierentherapie und Wehentätigkeit. Die weiße Linie bei Schwangeren.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 294—305. 1913.

Ältere Untersuchungen an 17 Kreißenden, bei denen pulverisierte Nebennierensubstanz per os gegeben wurde in Dosen von 0,1—0,3 bis zu einer Gesamtmenge von 0,7. Subcutane Injektion eines Glycerinextraktes rief heftige, langanhaltende Schmerzen an der Injektionsstelle hervor. Trotzdem das Mittel nur bei Verlangsamung der Wehentätigkeit und sekundärer, niemals bei primärer Wehenschwäche gegeben wurde, und trotzdem ein Einfluß der Nebennierensubstanz auf die glatte Muskulatur sichergestellt ist, kommen die Verff. doch zu dem Schlusse, daß eine merkliche Beschleunigung der Geburt nicht erfolgt. Dagegen ist die Nachgeburtszeit meist etwas beschleunigt. Zum Schlusse wenden sich die Verff. gegen einige Autoren, die das Erscheinen der weißen Linie in der Schwangerschaft auf eine Hypofunktion der Nebennieren oder Veränderungen im Blutdruck zurückführen wollen. Aus den Versuchen geht hervor, daß irgendein Zusammenhang mit der Tätigkeit der Nebennieren oder dem Blutdruck nicht besteht. *Rath* (Hannover).

Fabre et Bourret: Un cas de bassin à diamètre antéro-postérieur prédominant. (Über ein nur im graden Durchmesser erweitertes Becken.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 2, S. 108—114. 1913.

Das von Verff. beschriebene Becken zeigte radiometrisch einen geraden Durchmesser von 12,5 bei einem queren Durchmesser von 12—12,2 bei folgenden äußeren Maßen: D. sp.: 23, D. cr.: 27,5, D. tr. 31,5, Conj. ext. 21,5. Während meist auch bei einer derartigen Erweiterung des geraden Durchmessers der Geburtsmechanismus keine Änderung erleidet, sondern auch hier das Hinterhaupt, falls primär hinten stehend, unter Ausführung der physiologischen Drehungen und Senkungen vorne austritt, behielt in dem von Verff. mitgeteilten Falle der schon am Ende der Schwangerschaft im Vorderhauptslage eingetretene Schädel seine Vorderhauptslage beim Durchtritt durch das Becken bei und wurde auch in dieser Stellung geboren. Da die Patientin, eine 22jährige Primipara (Brustkind, mit 11 Monaten laufen gelernt) keine Zeichen von Rachitis darbot, auch nicht in der Kindheit längere Zeit gezwungen war, Rückenlage dauernd einzuhalten, wodurch eine ähnliche Beckenform resultieren kann, so fehlt Verff. jede Erklärung sowohl für diese einseitige Erweiterung des geraden Durchmessers, wie auch, angesichts der geringen Verkürzung des queren Durchmessers, für den beobachteten Geburtsmechanismus. *Vaßmer* (Hannover).

Ferré: Difficulté du pronostic de bassin rétréci. (Prognostische Schwierigkeiten beim engen Becken.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 290—291. 1913.

Genaue Beschreibung eines plattrachitischen Beckens mit einer Skoliose bei einer 26jährigen Primiparen. Conjugata diagonalis 9 cm. Bei dieser absoluten Beckenenge wurde an einen Kaiserschnitt gedacht, der dadurch unnötig wurde, daß im 8. Monate unter heftiger Wehentätigkeit der Kopf ins Becken eintrat, so daß etwa in der Mitte des 9. Graviditätsmonats die Spontangeburt glatt erfolgte. Es ist klar, daß die Weichheit des kindlichen Schädels in diesem Falle den glücklichen Ausgang der Geburt begünstigt hatte. *Frankenstein* (Köln).

Schmid, Hans Hermann: Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens. Vortrag, geh. a. d. 85. Vers. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, Wien, 21.—26. IX. 1913.

Vortr. berichtet über 8 Fälle, an den in der deutschen geburtshilflichen Klinik in Prag (Prof. Kleinhans) die Promontoriumresektion ausgeführt wurde. Diese neue geburtshilfliche Operation, welche Rotter (Budapest) und Vortr. unabhängig voneinander gefunden haben, besteht darin, daß der größte Teil des 5. Lendenwirbels und der 1. und 2. Kreuzbeinwirbel auf transperitonealem Wege abgemeißelt werden. Auf diese Weise läßt sich bei engem Becken eine Erweiterung des verkürzten, geraden Durchmessers des Beckeneinganges ohne Schwierigkeiten um $1^1/_2$—2 cm erzielen. Die Operation ist technisch nicht sehr schwierig; die Blutung aus dem Knochen ist minimal.

Die Operation wurde unter den 8 Fällen 7mal im Anschlusse an die Sectio caesarea aus relativer Indikation vorgenommen; von diesen 7 Frauen starb eine an Peritonitis, welche wohl der Laparotomie, nicht aber der hinzugefügten Promontoriumresektion als solcher zur Last

fällt. Bei der achten Frau wurde, nachdem eine Totgeburt und eine Sectio caesarea vorausgegangen waren, im vierten Monate ihrer dritten Schwangerschaft die Promontoriumresektion ausgeführt; am Ende der Gravidität erfolgte die Geburt eines reifen, ausgetragenen Kindes, zwar nicht spontan, aber doch per vias naturales; wegen Querlage und Nabelschnurvorfall mußte das Kind gewendet und extrahiert werden; die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes war auffallend leicht.

Durch diesen Fall ist zum ersten Male der Nachweis erbracht worden, daß die Promontoriumresektion imstande ist, eine dauernde Erweiterung des knöchernen Geburtskanales zu schaffen. Diese Operation stellt also die einzig rationelle, kausale Therapie des engen Beckens dar. Autoreferat.

Berneick: Spontane vollständige Zerreißung der Nabelschnur bei einer an sich normalen Geburt. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. **26**, Nr. 19, S. 728—729. 1913.

Pat. kommt spontan nieder. Das Kind wird 1/2 Stunde nach dem Wasserabfluß geboren. Die Hebamme versucht einige Zeit nach der Geburt die Placenta durch Credéschen Handgriff zu exprimieren. Vergeblich. Statt dessen starke Blutung. Aufgefallen ist der Hebamme, daß die Nabelschnur mit dem Kinde gleichzeitig geboren wurde. Verf. findet eine ziemlich ausgeblutete Frau vor, entfernt die Placenta manuell. Bei der Untersuchung zeigt sich, daß die Placenta vollständig ist, dagegen sind die Eihäute rundherum scharf abgerissen, die Nabelschnur ist genau an ihrem Ansatze am Mutterkuchen abgerissen, so daß man die drei gerissenen Nabelgefäße an diesem, dicht anliegend, deutlich erkennen kann. Die Nabelschnur ist 48 cm lang. Die Nachgeburt zeigte sonst keine Absonderheiten; der Ansatz der Nabelschnur war ziemlich am Rande. Nach Aussage der Hebamme hat niemand an der Nabelschnur gezogen. Als Ursache der Blutung ist daher wohl die plötzliche Lösung der Nachgeburt von der Uteruswand anzunehmen, die in dem Augenblick erfolgte, als die Nabelschnur beim Ausstoßen des Kindes spontan riß. Die angeblichen Credéschen Versuche der Hebamme mögen, wenn auch unbeabsichtigt, vielleicht bei der falschen Ablösung der Nachgeburt mitgewirkt haben.

Nach der Ansicht des Verf. lehrt der Fall, daß man nicht immer ohne weiteres beim Fehlen einer Hebamme oder eines Arztes bei einer Geburt an die Zerreißung einer Nabelschnur infolge von Zug durch die helfende Hebammenpfuscherin zur schnelleren Herausbeförderung der Nachgeburt zu denken braucht; sie kann auch spontan eintreten. *Runge* (Berlin).

Laurentie: Avortement gémellaire. Difficultés de la délivrance. (Zwillingsabort, Schwierigkeit bei der Nachgeburtslösung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 601—604. 1913.

Bei einem Zwillingsabort im 5. Monat mit Hydramnios mußten beide Placenten digital gelöst werden in tiefer Narkose, da der innere Muttermund sich geschlossen hatte. Ursache des Aborts war das Hydramnios des 1. Zwillings; dieses erschwerte die Diagnose: infolge übermäßiger Ausdehnung des Uterus konnte bei Abschwächung der Herztöne und erschwerter Tastung der Kindsteile ein Ovarialcystom in Betracht kommen. *Ponfick* (Frankfurt a. M.).

Bublitschenko: Abortus spontaneus praeternaturalis als ätiologisches Moment bei Entstehung einer Fistula cervicovaginalis laqueartica. (*K. klin. geburtsh.-gynäkol. Inst., Petersburg.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 4, S. 405—417. 1913.

Mitteilungen zweier Fälle von Abort mens. 5 bzw. 6, in denen durch einen spontan entstandenen, mit dem Cavum uteri kommunizierenden Längsriß in der Hinterwand des Collum das Ei ausgestoßen worden ist. Ausführliche Krankengeschichte. Kritische Übersicht über ähnliche Fälle der Literatur mit vollständigem Literaturverzeichnis und Wiedergabe der Krankengeschichten im Auszug.

Eine spontane Ruptur des Collum ist auch bei frühzeitigem Abort und ohne vorhergegangene Verletzung möglich. Begünstigt wird die Ruptur durch mangelhafte Elastizität der Muskulatur infolge chronischer Entzündungen, durch verminderte Beweglichkeit zwischen Collum und Korpus (besonders bei Hyperanteflexion) und abnormen Bau der Portio. Klinische Zeichen einer drohenden Cervixruptur bei Abort sind schneidende Schmerzen bei Primiparen mit starker Anteflexio uteri, verlängertem Collum, rigidem Muttermund und kegelförmiger Auftreibung des Collum unter Verdünnung seiner Hinterwand. Eventuell kommt dann eine Amputatio colli in Betracht. Die Behandlung der entstandenen Fistel besteht zweckmäßig, um neue Rupturen zu vermeiden, in Keilexcision oder Collumamputation. Verf. schlägt vor, das wohlcharakterisierte klinische Bild von Collumruptur bei Abort als „Abortus spontaneus praeternaturalis" zu bezeichnen. *Fetzer* (Königsberg i. Pr.).

Stark, J. Nigel: Four cases of inversion of the uterus. (Vier Fälle von Uterusinversion.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the British empire Bd. **24,** Nr. 2, S. 68—75. 1913.

An der Hand eines Falles von puerperaler Inversion, der akut an Shock starb, und auf Grund von Literaturstudien empfiehlt Stark frische Inversionen bei schwerem Shock nicht gleich zu reponieren, weil die dazu erforderlichen Manipulationen den Zustand noch verschlechtern, sondern vor allem Blutung und Shock zu bekämpfen und die Reposition erst später in Narkose vorzunehmen. Alte puerperale Inversionen (auch 1 Fall) empfiehlt er per laparotomiam mit Spaltung der hinteren Wand des Inversionstrichters zu operieren. Zwei Fälle von Inversion durch Funduscarcinom; einer tot durch Erschöpfung und Anämie ohne Operation; beim anderen improvisierte Laparotomie mit Totalexstirpation nach zufälliger Perforation des Uterus mit dem Finger; Heilung. Hysterektomie ist indiziert bei Carcinom, bei Verdickung oder Atrophie der Uteruswand, bei starken Adhäsionen. *Mathes* (Graz).

Rouvier: La morphine dans le traitement de l'éclampsie. (Morphium zur Eklampsiebehandlung.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **21,** Nr. 9, S. 272—275. 1913.

Verf. empfiehlt Morphium zur symptomatischen Behandlung der Eklampsie in großen Dosen: im Beginn der Erkrankung 3 Injektionen à 0,01 in einstündigen, danach 3 weitere Injektionen à 0,005 in 2stündigen Intervallen = Gesamtdosis 0,045. Bei schwereren Fällen, die erst nach mehrfachen Anfällen zur Behandlung kommen: 4 Injektionen à 0,01 in 1stündigen, dann 3 Injektionen à 0,005 in 2stündigen Intervallen = Gesamtdosis 0,055. Bei Rückkehr der Konvulsionen weiter Injektionen à 0,01 in 1stündigen Intervallen. Als Adjuvantien der Morphiumbehandlung werden empfohlen: Ergiebige Waschungen des Magens und Darmes mit mindestens 6 l sterilen Wassers, 2—3 mal in je 24 Stunden wiederholt, Helmitol 0,5 6—8 mal in 24 Stunden während mindestens 8 Tagen, bei Unfähigkeit des Schluckens per Klysma. 22 Fälle mit günstigem Verlauf. Auch bei drohender Eklampsie wird das Verfahren prophylaktisch empfohlen. Auch bei Koma und Oligurie ist das Morphium nicht kontraindiziert. *Semon.*

Haultain, F. W. N.: Notes on some cases of eclampsia treated by veratrone. (Bericht einiger Fälle von Eklampsie behandelt mit Veratrone.) Edinburgh med. journal Bd. **11,** Nr. 4, S. 313—316. 1913.

Blutdruck und Anfall stehen in Kausalkonnex; Veratrum viride ist ein altes ausgezeichnetes Mittel zur Regulierung des Blutdrucks. Parke, Davis und Co. bringen die essentiellen Alkaloide präpariert als Veratrone in den Handel. Dieses hat Haultain in 7 Fällen von Eklampsien injiziert. Stets ließen Pulsfrequenz und Pulsspannung prompt nach. *Hannes* (Breslau).

Ullmann, Erich: Über die therapeutische Anwendung von Normalserum bei juckenden Dermatosen. (*Dermat. Univ.-Klin., Breslau.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Orig. Bd. **118,** H. 1, S. 125—147. 1913.

Ohne Interesse für den Gynaekologen. *Mohr* (Berlin).

Wochenbett:

Watkins, Thomas J.: Puerperal infection. A study of some of the more important features of the disease with a review of the cases treated during the last eight years. (Puerperale Infektion. Eine Studie über die wichtigsten Formen der Krankheit mit einem Rückblick auf die während der letzten 8 Jahre behandelten Fälle.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 3, S. 462—469. 1913.

Das Wochenbettfieber ist der Hauptsache nach eine spezifische Erkrankung. Bei der Therapie ist das Wichtigste die Hebung des Allgemeinzustandes des Organismus und die Mobilisierung von Immunkörpern. Zurückgebliebene Schwangerschaftsprodukte sollen der spontanen Ausstoßung überlassen werden, ausgenommen in Fällen von Blutung. Entzündliche Prozesse im Becken fordern nur ausnahmsweise Incision und Drainage. Bei Verdacht auf freien Eiter in der Bauchhöhle ist zur Sicherung der Diagnose die Kolpotomie indiziert. *Eisenreich* (München).

Ingraham, C. B.: The treatment of puerperal infection. (Die Behandlung des Wochenbettfiebers.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 470—478. 1913.

Die Hoffnungen, die man auf das Antistreptokokkenserum gesetzt hat, haben sich nicht verwirklicht und nach den Erfahrungen, die Williams Cragin und Newell machen, ist auch der Gebrauch von Bakterienvaccinen praktisch wertlos. Ebenso hat der Gebrauch von Formalin, intravenösen Kollargolinjektionen, Nucleinsäure nur geringe Empfehlung in der Literatur gefunden. Dagegen empfiehlt Verf. nachdrücklichst die Freiluftbehandlung. Young und Williams konnten in einem Bericht aus dem Boston-City-Hospital zeigen, daß die Mortalität dabei um fast 20% sich erniedrige. Die Freiluft- und Sonnentherapie hat die großen Vorteile, daß sie die Widerstandsfähigkeit der Patientinnen erhöht, den Hämoglobingehalt vermehrt und hämolytische Vorgänge hemmt. *Eisenreich* (München).

Delmas, Paul: Du tamponnement à l'essence de térébenthine pure dans l'endométrite puerpérale. (Tamponade mit unverdünntem Terpentinöl bei puerperaler Endometritis.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 278—281. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. 3, S. 89.

● **Schweitzer, Bernhard: Zur Prophylaxe des Wochenbettfiebers, zugleich ein Beitrag zur Bakteriologie der Scheide Schwangerer.** Leipzig: Hirzel. 1913. VI, 64 S. M. 4.—.

Puerperale Infektion durch Eigenkeime der Scheide ist anzuerkennen. Bisherige Versuche einer Desinfektion der Scheide mißlungen.

Eigene Versuche mit 0,5% Milchsäure unter bakteriologischer Kontrolle angestellt. Es ergab sich tatsächlich eine Umbildung zur Norm in 81,5% der Fälle (3 mal erst nach 30—40 Tagen), indem die Kokken nach und nach verschwanden und Stäbchen auftraten. Nur drei Fälle blieben bis zur Geburt (15. bis 25. Tag der Spülungen), streptokokkenhaltig. Die Milchsäure hat eine gewisse bakterizide Kraft. Die klinische Kontrolle zeigte, daß von 27 Fällen mit abnormen Scheidensekret, die mindestens 10 Tage gespült worden waren, nur einer fieberte. An größerem Material ohne bakteriologische Kontrolle, bei nur makroskopischer Untersuchung des Sekrets konnte festgestellt werden, daß von 665 Frauen nur 7,67% fieberten, von 147 ungenügend gespülten noch 22%; bei normalem Sekret hat die Klinik nur 7,45% Fieber. Das Sekret ist also durch die Spülungen tatsächlich normal geworden.

Damit eignet sich das Mittel zur Prophylaxe des Wochenbettfiebers, deren Notwendigkeit durch kurzes Eingehen auf die Frage der Spontaninfektion und Mitteilung eines Todesfalles der Leipziger Klinik, nebst Zusammenstellung einiger Fälle der Literatur, dargetan wird. — Der zweite Teil des Buches befaßt sich mit der Biologie des Bacillus vaginalis. Reinkultur auf Kreidetraubenzuckeragar, auf welchem die Kolonien einen durchsichtigen Hof bilden. Wachstum überhaupt auf sauren Nährböden mit reduzierenden Substanzen, fakultativ anaerob. Nahe Verwandtschaft mit anderen milchsäurebildenden Stäbchen. — Unter den Streptokokken fanden sich Laktokokken, nicht pathogen, dem Streptococcus acidi lactici nahestehend. *Kermauner* (Wien).

Foetus und Neugeborenes:

Vogt, E.: Das Arteriensystem Neugeborener im Röntgenbilde. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 21, H. 1, S. 32. 1913.

Verf. hat nach dem in der gleichen Zeitschrift Bd. 20, Heft 2 beschriebenen Verfahren Hauchs das Arteriensystem frühgeborener und ausgetragener Kinder mit einem Paraffin-Mennige-Gemisch von der Aorta aus injiziert und dann durch Röntgenaufnahmen die Blutgefäßverteilung, wie die 4 Abbildungen zeigen, in vorzüglicher Weise darstellen können. Für Lehr- und Demonstrationszwecke eignen sich besonders Stereoskopaufnahmen. *Rothe* (Breslau).

● **Frankau, Aug.: Die Kuhmilch und ihre Produkte. Grundriß der Milchwirtschaft f. Mediziner. Mit e. Einführg. v. Bruno Salge.** Freiburg i. Br.: Speyer & Kaerner. 1913. 40 S. M. 1.20.

● **Meyer, Ludw.: Über den Hospitalismus der Säuglinge. Eine klin. Studie.** (*Waisenhaus d. Stadt Berlin.*) Berlin: Karger. 1913. III, 78 S. M. 4.—.

Leo-Wolf, Carl G.: Care of the new-born. (Säuglingspflege.) New York State journal of med. Bd. **13,** Nr. 8, S. 440—442. 1913.

In den ersten 24 Stunden nach der Geburt Ruhe für Mutter und Kind. Am zweiten Tage ein- bis zweimal Anlegen; wenn das Kind viel schreit, Wasser, soviel es will. Am dritten Tage dreimal Anlegen, am vierten viermal, vom fünften Tage an alle vier Stunden tagsüber mit 8stündiger Nachtpause. Wenn das Kind schläft, nicht aufwecken. — Verf. verlangt mit Rücksicht darauf, daß Geburtshelfer und allgemeine Praktiker den Neugeborenen manchmal ganz gräßliche Nahrungsgemische („awful mixtures") verschreiben, die Zuziehung eines Pädiaters von Fach, sobald künstliche Ernährung notwendig ist. Sehr zweckmäßig ist es, für die Mutter und für das Kind je eine eigene Pflegerin zu haben. Der Rat, dem Kinde den Mund nicht auszuwischen, dürfte in Mitteleuropa heutzutage kaum mehr am Platze sein. — In der Diskussion tritt De Witt H. Sherman für Anlegen in kürzeren Intervallen ein. *Schmid* (Prag).

● **Nürnberger, Ludw.: Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum.** Leipzig: J. A. Barth. 1913. 29 S. M. 0.75.

● **Bédier, Ed.: Recherches sur les causes de l'ictère idiopathique des nouveau-nés.** (Untersuchungen über die Ursachen des idiopathischen Ikterus beim Neugeborenen.) Paris: Vigot frères. 1913. Frcs. 1.50.

Carle: Quatrième et dernière note sur l'hérédo-syphilis, ses lois, et leur interprétation. (Vierte und letzte Note über die hereditäre Lues, ihre Gesetze und ihre Erklärung.) Ann. de dermatol. d. syphiligr. Bd. 4, Nr. 8/9, S. 451—460. 1913.

Die Mutter eines luetischen Kindes ist selbst luetisch und muß auch bei Fehlen aller Symptome demgemäß behandelt werden. Das luetische Kind kann nur von einer luetischen Mutter stammen. Bei jeder Frau beginnt die Syphilis mit einem Primäraffekt. Aus dem Umstande, daß ein Primäraffekt bei der Mutter nicht konstatiert wurde, darf man weder auf sein Fehlen, noch in Verfolgung dieses Schlusses auf die Übertragung der Syphilis von der Frucht auf die Mutter schließen. Das von einer syphilitischen Mutter geborene Kind ist in der Regel selbst syphilitisch, und deswegen wird es nicht mehr infiziert. Wenn es aber nicht syphilitisch ist, so kann es zwar ganz gut möglich sein, daß es auch nie syphilitisch wird, ohne aber deswegen immun zu sein. Es gibt keine hereditäre Syphilis ohne Mitbeteiligung der Mutter, sei es, daß diese vor oder während der Konzeption infiziert wurde. Der Einfluß der Eltern auf das Kind kann sich in zweierlei Art äußern: 1. direkt: das Kind ist rezent syphilitisch, 2. indirekt: das Kind kommt mit Mißbildungen, der Anlage zu bestimmten Erkrankungen und Ernährungsstörungen zur Welt, die der Ausdruck einer Schädigung der Keimzellen sind, wie sie ähnlich z. B. durch Alkoholismus oder Tuberkulose erzeugt wird. Zur ersteren Art ist die Mitwirkung der Mutter unbedingt nötig, hingegen ist es möglich, daß bei der zweiten die Syphilis des Vaters allein genügt. *Freund* (Wien).

Trolard et Laffont: Syphilis héréditaire réno-hépatique. (Hereditäre Syphilis mit Lokalisation in Nieren und Leber.) Bull. de la soc, d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 3, S. 185—189. 1913.

30 Tage alter Knabe, spontan geboren, Brustkind, bisher gesund, erkrankt an Lähmung der linken unteren Extremität, welche nach einem Monate unter Einreibungen mit Quecksilbersalbe zurückgeht. Die Natur dieser Parese wird erst durch die folgenden Krankheitszustände aufgedeckt. Im Alter von 3 Monaten Ödeme, reichlich Eiweiß im Harne, Gewichtsabnahme, Somnolenz. Vater des Kindes gibt die seinerzeit durchgemachte Lues zu. Wieder Quecksilbereinreibungen, Verschwinden der Ödeme; Kind bis zum Skelett abgemagert. Nun tritt Ascites und Leberschwellung auf; Magenspülungen, Kalomel, Jodkalium, Quecksilbereinreibungen. Ein halbes Jahr nach der letzten Krankheitsattacke ist das Kind gesund.

Die Verff. erörtern die diagnostischen Schwierigkeiten des Falles, wobei sie die Nichtanwendung der Wassermannschen Reaktion durch die Schwierigkeit der Blutentnahme bei Säuglingen und durch die Verhältnisse der Privatpraxis zu rechtfertigen suchen. *Schmid* (Prag).

Claiborne, J. Herbert: A severe caustic effect produced upon the eye by the use of a 2 per cent solution of nitrate of silver. (Schwere Ätzwirkung am Auge durch Anwendung einer 2proz. Lösung von salpetersaurem Silber.) Med. times Vol. **41,** Nr. 9, S. 274. 1913.

Die ehemals angeblich 2proz. Lösung hatte monatelang in einem Fläschchen gestanden, das

nur mit dem Tropfglase bedeckt war. Von dieser durch Verdunstung stark veränderten Lösung gab Verf. einem 18jährigen Manne wegen Verdachtes auf gonorrhoische Conjunctivitis zwei Tropfen in das Auge, welches sofort Symptome schwerer Verätzung zeigte, die durch NaCl nicht besonders gemildert werden konnten. Die infolge der $AgNO_3$-Ätzung zurückbleibende Trübung der Cornea hellte sich nur ganz langsam und nicht vollständig auf. *Schmid* (Prag).

Verrey-Westphal, Arnold: Recherches sur l'action des sels de zinc dans la conjonctivite diplobacillaire. (Untersuchungen über die Einwirkungen der Zinksalze auf die Ophthalmoblenorrhöe.) (*Hôp. Lariboisière et inst. Pasteur, Paris.*) Ann. d'oculist. Bd. **150,** Nr. 3, S. 165—182. 1913.

Genaue bakteriologische, klinische und cytologische Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung der Zinksalze von der Voraussetznng ausgehend, daß diese in vitro nicht bactericid wirken, trotzdem aber die Blenorrhöe günstig beeinflussen. In dieser Weise wurden untersucht: das Zinksulfat, Zinkacetat, Zinkpermanganat, Zinklaktat. Verf. glaubt, daß der Nachweis einer vermehrten Bacillenzahl nach den Instillationen darauf hinweist, daß wohl ein Freiwerden der Keime durch die Instillation der Zinksalze entsteht, daß aber diese Keime nicht mehr vollvirulent seien. Ihre Virulenz wird durch die Veränderung des serologischen Bildes des pathologischen Sekretes beeinträchtigt; so läßt sich auch das verschiedene Verhalten der Lösung in vitro und vivo erklären. Ein Wertunterschied der einzelnen Zinksalze ist nicht nachzuweisen. *Frankenstein* (Köln).

Biener, Lothar: Lithopädion im Mesenterium durch 20 Jahre getragen. (*Pathol. Inst., Univ. Straßburg* i. E.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 4, S. 428—437. 1913.

Bei der Sektion einer 56jährigen Frau fand sich zufällig ein Lithopädion, welches nur mit dem großem Netz in Zusammenhang stand. Die Frucht hatte sich bis zum 5. Monat entwickelt und mußte mindestens seit 21 Jahren in der Bauchhöhle liegen. Mikroskopisch waren außer Knochen, nur quergestreifte Muskulatur und elastische Fasern zu erkennen. Nach der Küchenmeisterschen Einteilung handelte es sich in diesem Fall um ein reines Lithopädion. Es ließ sich durch den mikroskopischen Befund an den Genitalien zweifellos feststellen, daß es sich um eine geplatzte Gravidität der linken Tubenampulle gehandelt haben mußte. *Knoop* (Duisburg).

Hebammenwesen und -unterricht:

Baker, S. Josephine: The function of the midwife. (Der Beruf der Hebamme.) Woman's med. journal Bd. **23,** Nr. 9, S. 196—197. 1913.

In dem zurzeit in Amerika lebhaft entbrannten Kampfe für und wider die Abschaffung des Hebammenstandes bricht die Verf. eine Lanze für die Beibehaltung der Hebammen. Die Hebamme habe durch Tradition und Gewohnheit eine Existenzberechtigung erlangt, die Frauenwelt verlange ihre Hilfe und werde nie auf sie verzichten wollen. Daß es unfähige und verbrecherische Hebammen gäbe, sei richtig, könne aber nur zu der Forderung berechtigen, ihre Ausbildung zu verbessern und ihre Tätigkeit schärfer zu überwachen. Im übrigen seien leider die Erfolge und Leistungen der amerikanischen Ärzte auf dem Gebiete der Geburtshilfe vielfach noch kläglicher als die der Hebammen. *Mangold* (Berlin).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Lederle, Ernest J.: Plans for summer work in combatting diseases of infancy in New York City. (Pläne für die Sommerarbeit zur Bekämpfung der Säuglingskrankheiten in New York Stadt.) Americ. med. Bd. **19,** Nr. 6, S. 425—428. 1913.

Auf Grund der in den letzten Jahren gesammelten Erfahrungen hat das Gesundheitsamt von New York folgenden Dienst für die Sommermonate eingerichtet: Die Stadt hat 55 Milchausgabestellen, an denen die ganze Zeit über je eine Pflegerin und zweimal in der Woche ein Arzt zugegen ist. Hier wird den Müttern bezüglich der Säuglingspflege Rat erteilt und in erster Linie zum Selbststillen ermahnt; die Mütter bekommen zum Teil dort Milch für sich selbst, um sich für das Stillgeschäft zu kräftigen.

Die Neugeborenen werden ferner von den Pflegerinnen im Hause aufgesucht; über besonders zarte oder kranke Kinder wird dem Arzt berichtet, der dann die Zuführung des Kindes in ärztliche Behandlung oder in ein Hospital in die Wege leitet. In den öffentlichen Schulen werden allen Mädchen über 12 Jahren Kurse in der Säuglingspflege erteilt. Eine weitere Aufgabe des Gesundheitsamtes ist die Sorge dafür, daß eine möglichst gute Milch auf den Markt kommt, und daß von der Pasteurisierung weitgehender Gebrauch gemacht wird. *Calvary* (Hamburg).[K]

Epstein, Alois: Über den Sommerdurchfall des Säuglings und seine Ursachen. (*Findelanst., Prag.*) Beih. z. med. Klinik Jg. **9**, H. 9, S. 241—268. 1913.

Historisch-kritische Abhandlung und Übersicht über die Ursachen des Sommerdurchfalls der Säuglinge mit besonderer Berücksichtigung der Theorien über die sommerliche Hitzeeinwirkung. Beachtenswert hierin sind des Verf. eigene, über 10 Jahre sich erstreckenden Untersuchungen an der Prager Kinderklinik, wonach bei Brustkindern die größte Sterblichkeit nicht in den Hochsommermonaten, auch nicht im überheißen Jahr 1911, sondern im April—Juni zu verzeichnen war, durchschnittlich 31% zu 20% im Juli—September. Schlußfolgerung: Der Sommerdurchfall befällt hauptsächlich künstlich ernährte Kinder. Er ist nie oder nur höchst selten als sogenannter Hitzschlag (Meinert) aufzufassen. Die Sommerhitze wirkt deshalb so schädlich, weil sie besonders die Wohnungstemperatur erhöht, die Milchverderbnis und die Infektion begünstigt. Er entsteht hauptsächlich aus alimentärer Ursache und infektiöser Verschlimmerung. *Laubenburg* (Remscheid).

Neurologie und Psychiatrie:

● **Traugott, Rich.: Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. 3. umgearb. u. verm. Aufl.** Würzburg: Kabitzsch. 1913. VI, 117 S. M. 2.—.

Rothfeld, J.: Über Dystrophia adiposo-genitalis bei Hydrocephalus chronicus und bei Epilepsie. (*Psychiatr. Klin., Univ. Wien.*) Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. **34**, H. 1/2, S. 137—151. 1913.

Die Dystrophia adiposo-genitalis stellt eine komplizierte Erscheinung dar, und der Mechanismus ihrer Entstehung ist ebenso kompliziert. Bei Tumoren der Hypophyse und Hypophysengegend, Hydrocephalus chronicus, Fällen von Epilepsie mit und ohne Hydrocephalus ist der Symptomenkomplex der Dystrophia adiposo-genitalis beobachtet worden, und doch gibt es auch Fälle, bei denen die Dystrophie das einzige Symptom ist, so daß Faktoren eine Rolle spielen müssen, die zurzeit noch unbekannt sind. Eigene und fremde Krankengeschichten. *Graeupner* (Bromberg).

Brill, A. A.: The conception of homosexuality. (Der Begriff der Homosexualität.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 5, S. 335—340. 1913.

Der Homosexuelle ist durchaus nicht immer körperlich oder geistig degeneriert. Zu unterscheiden: 1. Absolute H., 2. amphigene H., deren Vorliebe auch das andere Geschlecht umfaßt, 3. Gelegenheits-H. Manche H. fühlen sich wohl, manche suchen geängstigt Heilung. Viele sind sich ihrer Neigung gar nicht bewußt. Homosexualität ist aufgefaßt worden als psychischer Hermaphrodismus, als bisexuelle Prädisposition, als eigentümlich den Individuen mit sekundären und tertiären Geschlechtscharakteren. Allen drei Theorien widerspricht die Mannigfaltigkeit der Eigenschaften der Homosexuellen, die bald männlicher, bald weiblicher, bald neutraler Natur sind. Autor basiert seine Diagnosen auf somatische und psychische Seiten des Falles. Heilung liegt nur in der Psychotherapie. Assoziationstherapie (Moll). Autor benutzt die Psychanalyse (Freud, Sadger). Häufig ist H. mit Neurosen verbunden. Der Beginn liegt in der Jugend: sexuelles Objekt gewöhnlich die Mutter oder Pflegemutter, später auf dem Umwege über Narzissismus (Eigenliebe), die deutlichere Form der H., beginnend mit Neigung zu dem Vater. Die meisten H. sind einzige oder Schoßkinder. *Mohr* (Berlin).

● **Le Fur: L'impuissance génitale et son traitement.** (Geschlechtliche Impotenz und ihre Behandlung.) Paris: A. Maloine. 1913. Fr. 1.—.

Gerichtliche Medizin:

Zimmermann, Paul: Masturbation und Verbrechen. Geschlecht u. Gesellschaft Bd. 8, H. 6, S. 225—236. 1913.

Nach des Verf. Ansicht sind keine positiven Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß kriminelle Handlungen eine direkte Folge der Masturbation sind. Erfahrung lehrt, daß die verbrecherischen Charaktereigenschaften bei Masturbanten gewöhnlich nicht zum Vorschein kommen, solange sie masturbieren, sondern erst dann, wenn sie aus Angst vor etwaigen Folgen — masturbatorische Hysterie — die Häufigkeit der masturbatorischen Akte reduzieren. Das Verbrechen, sofern es von exzessiven Masturbanten tatsächlich begangen wurde, ist ebenfalls nur eine Erscheinungsform dieser Hysterie und ein Symbol des masturbatorischen Aktes. *Graeupner* (Bromberg).

Bogdan, Georges: Un nouveau cas d'infanticide commis pendant l'accouchement. (Ein neuer Fall von Kindesmord während der Geburt.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 39, S. 763—764. 1913.

16jähriges Mädchen hat, nachdem der Kopf des Kindes aus der Vulva ausgetreten war, mit beiden Händen den Hals umgriffen und das Kind zu erwürgen versucht. Da die Finger ermüdeten und zu zittern anfingen, hat dann die Mutter des Mädchens das Kind mit einem Hackmesser auf den Kopf geschlagen. Die Geburt erfolgte spontan. Nachher stellte sich eine zwölf Stunden dauernde heftige Blutung ein. Bei der Sektion wurde nachgewiesen, daß der Erwürgungsversuch allein nicht unbedingt den Tod des Kindes hätte nach sich zu ziehen brauchen, daß es, wie es den Schlag bekam, noch gelebt haben muß. Dieser Schlag muß aber tödlich gewesen sein, da das rechte Os parietale gespalten war. Aus dem Fall ist ersichtlich, daß die Gebärende bequem den Kopf und Hals ihres Kindes in der Vulva erreichen kann. *Lamers.*

Soziales. Statistik:

Nobécourt: L'allaitement maternel et l'assistance des mères. (Brustnahrung und Unterstützung der selbststillenden Mütter.) (*Hôp. des enfants-malades.*) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24**, Nr. 18, S. 279—281. 1913.

Besprechung der einschlägigen französischen Gesetzesparagraphen seit 1793, welche das Selbststillen und die Schonung in den ersten Wochen post partum begünstigen. Anführung der Wohltätigkeitseinrichtungen, welche in demselben Sinne Gutes stiften, in Paris und auswärts. Ratschläge für die Ernährung stillender Frauen. *Schmid* (Prag).

Veil-Picard et Sergent: La loi Roussel. Des améliorations à apporter au contrôle de l'élevage. (Das Gesetz Roussel. Anzubringende Verbesserungen bei der Kontrolle der Kinderaufzucht.) Rev. philantr. Bd. **33**, Nr. 196, S. 417—443. 1913.

Wünsche und Vorschläge, die sich im Rahmen der üblichen Kinderpflege und Fürsorgebestrebungen halten. *Mayerhofer* (Wien).[K]

Reinach, O.: Die Errichtung von Säuglingspflegematerial- und Wäschedepots im Anschluß an die bestehenden Säuglingsfürsorgeeinrichtungen oder als eigene Institutionen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 25, S. 1380—1382. 1913.

Verf. propagiert eine weitere Verbesserung der öffentlichen Säuglingsfürsorge durch systematische Unterstützung der bedürftigen Mütter mit Wäsche und anderem Pflegematerial. Die Verteilung dieser Gegenstände soll in besonderen Depots erfolgen, die bereits vorhandenen Institutionen (Fürsorgestellen, Krippen, Säuglingsheimen und dergleichen) angegliedert werden, während sie in kleinen Orten in der Wohnung einer Vertrauensperson unterzubringen sind. Die Kosten müßten teils durch eigens zu diesem Zweck aufgebrachte Mittel bestritten, teils könnte das bisher für Stillprämien zur Verfügung stehende Geld dazu verwandt werden. *Holste* (Stettin).

Hoffa, Th.: Säuglingsfürsorge in Barmen 1912/13. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspfl. Jg. **32**, H. 7/8, S. 255—263. 1913.

Der Verf. bietet einen Überblick über die Tätigkeit der verschiedenen Säuglingsfürsorgemaßnahmen in Barmen während des Berichtsjahres 1912/13. Im Säuglingsheim wurden 332 Kinder an insgesamt 20 549 Verpflegungstagen verpflegt; die Frequenz hat sich erheblich gegenüber dem Vorjahre gehoben, insbesondere waren die Räume vielfach während der Wintermonate zu klein. Von den im Berichtsjahr neu aufgenommenen 279 Kindern wurden 24 je

zweimal in das Heim gebracht; von den nach Abzug der Dubletten verbleibenden 255 Kindern waren 140 Knaben und 115 Mädchen, 178 ehelich und 77 unehelich. Das Kindermaterial war recht elend; den meisten fehlte ein Viertel bis ein Drittel des normalen Körpergewichtes. Viele Kinder wurden zu spät der Anstaltspflege zugeführt. Das Säuglingsheim muß sich immer mehr auf die schwersten Fälle beschränken und die leichteren der häuslichen Pflege vorbehalten. Zwölf ledige Mütter waren im Heim als Ammen angestellt; sie lieferten eine Gesamtmilchmenge von 2388,060 kg. Es standen pro Tag durchschnittlich 6,543 kg Frauenmilch zur Verfügung. — Auch die offene Fürsorge wurde weiter ausgebildet. Von den beiden Säuglingsfürsorgeschwestern (Stadtschwestern) wurden im ganzen 585 Kinder beaufsichtigt; davon waren 269 eigentliche Haltekinder, 216 uneheliche Kinder in der eigenen Familie und 100 sonstige aus dem Heim entlassene, arme usw. Säuglinge. — Auch die Mütterberatungsstelle hat, namentlich in der zweiten Hälfte des Berichtsjahres, eine erfreuliche Steigerung des Besuches aufzuweisen. — Die Gesamtsterblichkeit der Säuglinge in Barmen für das Jahr 1912 betrug 10,1% der Lebendgeborenen; 357 Kinder, d. h. fast die Hälfte aller Gestorbenen verschieden im ersten Lebensmonat, 76 allein am ersten Lebenstage; einem wohlverstandenen Mutterschutz bieten sich daher noch dankbare Aufgaben. *Fischer* (Karlsruhe).

● **Borchardt, Eug.: Die Mitarbeit der weiblichen Schuljugend im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit in New York.** Berlin: G. Stilke. 1913. M. 6.—.

● **Fischer, Alfons: Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart.** Berlin: Springer 1913. 41 S. M. 1.—.

Der von dem Heidelberger Hofmedikus Franz Anton Mai im Jahre 1802 erschienene „Entwurf einer Gesetzgebung über die wichtigsten Gegenstände der medizinischen Polizei als Beitrag zu einem neuen Landrecht in der Pfalz“ hat für uns sowohl wegen der zahlreichen Einzelbestimmungen großen Wert, als auch, weil der Autor darauf hinweist, daß eine wirkungsvolle Sozial- und Rassenhygiene nur auf der Grundlage eines Staatsgesetzes zu erreichen ist. *Jaeger* (Leipzig).

Gotto, A. C.: The relation of eugenic education to public health. (Die Beziehungen zwischen Erziehung zur Rassenhygiene und öffentlicher Hygiene.) Journal of state med. Bd. **21**, Nr. 10, S. 623—631. 1913.

Autor plädiert für energische Betonung der dem Staatsinteresse dienenden öffentlichen Gesundheitspflege gegenüber der Tätigkeit der mehr dem Individuum sich widmenden Ärzte. *Mohr* (Berlin).

Maus, L. Mervin: Heredity and eugenics. (Vererbung und Eugenik.) Pennsylvania med. journal Bd. **16**, Nr. 12, S. 963—969. 1913.

Nach Anführung einiger krassen Beispiele von bekannten amerikanischen Familien, die den Einfluß der Vererbung auf die Nachkommenschaft in gutem wie in schlechtem Sinne illustrieren, zeigt der Verf. den üblen Einfluß des großen Rassegiftes, des Alkohols. Er erhebt speziell den Schild gegen die Bars (saloons) und ihren cocktails, high balls, whisky usw., ohne das biertrinkende Deutschland zu vergessen, indem er z. B. mitteilt, daß nach den Statistiken über Lebensdauer das abstinente Schweden die höchsten, Deutschland die niedrigsten Zahlen aufweist und daß ferner in Deutschland unter den Söhnen von Brauereiangestellten 76% militärdienstuntauglich sind. *J. Klein.*

Pinard: La eugenesi. (Eugenik.) Clin ostetr. Jg. **15**, Nr. 15, S. 347—356. 1913.

Unsere Tätigkeit als Ärzte soll auf die Erhaltung und Besserung der Rasse bereits mit Vorsorge vor der Konzeption beginnen, weil die natürlichen Fähigkeiten des einzelnen meist durch Heredität erworben werden. Wie bei Tieren durch sorgsame Selection besonders qualifizierte Rassen gezüchtet werden können, müßte auch beim Menschen durch Ehewahl eine höher stehende und evolutere Rasse geschaffen werden können. — Das Studium bestimmter erblicher Faktoren, durch welche gewisse soziale, physische und geistige Fähigkeiten erhöht werden können, bildet die Grundlage der Eugenik. — Die Vorschläge, durch künstliche Sterilisation Minderwertige zeugungsunfähig zu machen, sind nicht ausführbar. — Durch die Zivilisation wurden alle Instinkte gepflegt, jenes der Zeugung aber nicht. Die Wissenschaft als Quelle und Faktor der Zivilisation, welche Sitten ändert und Gesetze schafft, soll ihre Macht zugunsten einer geregelten Zeugungsfunktion einsetzen zum Schutze der Spezies. Durch Studium der hereditären Einflüsse, durch Anpaarung von Individuen mit hochbewertetem

biologischem Kapital, welches wieder durch Wahl erhöht werden könnte, sollten hochwertige Produkte erzielt werden können. Der menschlichen Spezies drohen aber während des Lebens durch die verschiedensten Zufälligkeiten noch große Gefahren an ihren biologischen Eigenschaften, welche die besten atavischen Qualitäten zerstören. Die Folgen jeder krankhaften Einwirkung, besonders einzelner Intoxikation auf die Keimzelle bewirken Veränderungen der hereditären Einflüsse, deren Dauer und Folgen zu erkennen, resp. zu bekämpfen, Aufgabe des Studiums der Eugenik ist. Verf. möchte in jedem Lehrbuche der Geburtshilfe diesem Studium ein Plätzchen vorbehalten haben. Wenn man den Geschlechtstrieb zwecks Einschränkung der Kinderzahl dämmen kann, dürfte man es auch erreichen können, daß die gewollten, an Zahl geringeren Geburten auch an Qualität bessere seien. *Gattorno* (Triest).

Mackechney, L.: Eugenics, the science of the future. (Eugenik, die Wissenschaft der Zukunft.) Texas State journal of med. Bd. **9,** Nr. 5, S. 160—161. 1913.

Allgemeine Betrachtungen zur Verbesserung der Menschheit. *Schmid* (Prag).

Pazzi, Muzio: Dal campo ostetrico-ginecologico alle frontiere della pediatria e della Eugenica razionale. (Aus dem Gebiete der Geburtshilfe und der Gynaekologie hinaus bis zur Grenze der Kinderheilkunde und der rationalen Eugenik.) Bull. d. scienze med. Jg. **84,** Nr. 9, S. 530—534. 1913.

Das moderne Bestreben nach einer Rassenverbesserung soll sich nicht nur mit einer zielbewußten Erziehung des Individuums von der Kindheit an begnügen, sondern auch andere ferner liegende und trotzdem ganz wichtige Faktoren berücksichtigen. Es ist eine Aufgabe der sozialen Gynaekologie, einen günstigen Boden zur Fortpflanzung der Species humana vorzubereiten. Physikalische Körperkultur und geistige Ausbildung, gewerbliche Betätigung der Frau in Beziehung zu gesundheitlichen Schädigungen, Schwangerschaft und Mutterschutz werden von Pazzi ausführlich besprochen. Diesbezüglich fordert er vom Staat die gesetzliche Sanktion einer Anzahl von prophylaktischen Maßnahmen. *Colombino* (Mailand).

● **Eisenstädter, Jul.: Elementargedanke und Übertragungstheorie in der Völkerkunde.** Stuttgart: Strecker & Schröder. 1913. VIII, 206 S. M. 10.—.

Wilker, Karl: Die Stellung der höheren Schulen zur Aufklärung ihrer Schüler über sexuelle Fragen. Zeitschr. f. Schulges.-Pfl. Jg. **26,** Nr. 7, S. 458—466. 1913.

Eine von Poperts verfaßte, zur Verteilung an Abiturienten bestimmte, aufklärende Schrift wurde von der Direktion eines Gymnasiums mit der Begründung zurückgewiesen, daß einige Stellen, die das Geschlechtsleben berührten, Anstoß erregten. Verf. benutzt dieses Vorkommnis als Anlaß, die Lebensfremdheit der Schule zu beklagen. Er zitiert aus der Schrift alle Sätze, die das sexuelle Problem berühren und spricht seine Überzeugung dahin aus, daß die betreffenden Auslassungen von 18—20jährigen Männern unbedenklich gelesen werden könnten. Die sexuelle Aufklärung ist notwendig, und die Schule ist heutzutage verpflichtet, sie zu gewähren, wenn sie den großen rassenhygienischen Aufgaben unserer Zeit gegenüber nicht versagen will. *Holste* (Stettin).

Rupprecht: Die Prostitution jugendlicher Mädchen und ihre Bekämpfung. Dermatol. Wochenschr. Bd. **57,** Nr. 39, S. 1154—1156. 1913.

Fast alle Polizeibehörden stellen Mädchen unter 21 Jahren aus sozial-ethischen Gründen nicht unter Kontrolle. Auf Grund von einigermaßen zuverlässigen Erhebungen in verschiedenen Großstädten ist die Zahl minderjähriger Prostituierten sehr groß und fast zur Hälfte geschlechtskrank. Diesen Tatsachen gegenüber erheben sich außer schwersten Bedenken sozial-ethischer Natur ebensolche nach der gesundheitlichen Richtung, da Ansteckungsgefahr ganz besonders groß. Wirksame Bekämpfung dieser Schäden am ehesten zu erreichen durch vorbeugende und heilende Fürsorge von gut organisierten Wohlfahrtsvereinen. Weniger Aussicht bietet die sittliche Regeneration der männlichen Jugend. *Graeupner* (Bromberg).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
Band III, Heft 8. sowie deren Grenzgebiete. S. 353—384

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Phillips, S. Latimer: Unilateral amblyopic and diplopia following suppressio mensium. (Einseitige Amblyopie und Diplopie im Anschluß an suppressio mensium.) Med. record Bd. **84**, Nr. 13, S. 573. 1913.

Autor bespricht, analog anderen in der Literatur berichteten Fällen, in denen ein Zusammenhang zwischen weiblichem Sexualorgan und Auge konstatiert werden konnte, einen einschlägigen Fall:

41jährige Patientin, ganz gesund, erkrankte vor 3 Wochen plötzlich am ersten Tage der Periode mit Schmerzen im linken Auge und linken Gesichtshälfte; die Sehkraft ließ gleichzeitig auf dem l. Auge nach, die Periode setzt aus. Sie führte die Erkrankung auf eine Erkältung zurück und ging zum Zahnarzt, welcher einen kranken Zahn behandelte. Da Patientin meinte, das Auge würde bald ohne Behandlung besser werden, ging sie zunächst nicht zum Augenarzt. Autor fand bei der ersten Untersuchung (3 Wochen später) die Venen des linken Augenhintergrundes stärker gefüllt als rechts und eine leichte Infiltration des Nerv. opt. und der Retina. Er verordnete Blutegel an die Schläfe und heiße Fußbäder. Als nach 24 Stunden der Zustand noch nicht gebessert war, wurden heiße Sitzbäder und Jod verordnet. 4 Tage nach Beginn der Kur setzte die Periode wieder ein und war seitdem regelmäßig. Die Sehkraft kam langsam wieder. Vorübergehend bemerkte die Patientin eine Diplopie und nach 8 Wochen war die Erkrankung so gut wie abgeklungen.

Samelsohn erklärte derartige Fälle durch den plötzlichen Verschluß der Uteringefäße, welcher zu einer Blutstockung führt und zu einer Transudation in der Orbita und daraus resultierenden Kompression des Nervus opticus. Mooren hingegen ist der Ansicht, daß es sich um zentral bedingte Druckerscheinungen auf die Wurzel des Trigeminus handelt. Die meisten beschriebenen Fälle dieser Art waren doppelseitig, hier besonders interessant, daß nur das eine Auge ergriffen war. *Klotz.*

Polland, Rudolf: Weitere Beiträge zur Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica (Matzenauer-Polland). (*Dermatol. Klin., Graz.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Orig. Bd. **118**, H. 1, S. 260—284. 1913.

Über das Wesen der Krankheit kurz folgendes: Sie befällt nur Frauen, bei denen größere oder geringere Menstruationsstörungen bestehen. Die meisten Fälle geben die Lipoidreaktion nach Neumann und Hermann. Die Hautaffektion beginnt mit Hyperämie der perifollikulären Gefäßchen, es folgt seröse oder blutige Exsudation und blasenförmige Abhebung der Epidermis, in leichteren Fällen kommt der Prozeß in einigen Tagen zur Abheilung. In schweren Fällen kommt es zu Nekrosen nach Art eines Infarktes, die die ganze Cutis durchsetzen und nur langsam unter starker Narbenbildung heilen. Die Efflorescenzen können am ganzen Körper vorkommen, treten aber fast immer symmetrisch auf. Die Krankheit tritt oft als Pubertätssymptom auf. Therapeutisch scheint Ovaradentriferrin einen günstigen Einfluß zu haben. — Daß die Hauterscheinungen etwa Artefakte sind, hält Verf. für gänzlich ausgeschlossen. Ätiologisch scheint sicher eine Störung in der inneren Sekretion der Ovarien vorzuliegen, über die Art derselben herrscht noch völliges Dunkel. Die tropho-neurotische Ätiologie lehnt Verf. ab. — Zum Beweise, daß die Dermatosis dysmenorrhoica sym. ein klinisch eindeutiges und abgeschlossenes Krankheitsbild ist, bespricht Verf. noch die sogenannten Angioneurosen, die einen herpetischen Charakter haben und auf Läsionen bestimmbarer Nerven zurückgeführt werden können. *Ruhemann* (Berlin).

Kabsch: Technisches aus dem Laboratorium. Zeitschr. f. wiss. Mikr. Bd. **30**, H. 1, S. 68—72. 1913.

Jores: Demonstration einer zweckmäßigen Modifikation des Konservierungsverfahrens. Verhandl. d. Dtsch. pathol. Ges. 16. Tag., Marburg, 31. III.—2. IV. 1913, S. 357—358. 1913.

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Fellner, Otfried O.: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Gewebsextrakten aus der Placenta und den weiblichen Sexualorganen auf das Genitale. (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Wien.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100,** H. 3, S. 641—719. 1913.

Verf. berichtet über Versuche, die den Zweck hatten, die Wirkung langdauernder Injektionen von Extrakten der Placenta, Eihäute und der weiblichen Genitalorgane auf das Sexualsystem zu studieren. Als Versuchstiere dienten jungfräuliche Kaninchen und Meerschweinchen. Die Ergebnisse waren die folgenden: 1. In der Placenta, den Eihäuten, den Corpus luteum-haltigen Ovarien sind Stoffe enthalten, welche bei subcutaner und intraperitonealer Injektion Wachstum der Mamma und Mamilla, Vergrößerung des Uterus, Brunst bzw. Graviditätserscheinungen an der Schleimhaut des Uterus, Vergrößerung und Graviditätserscheinungen an der Vagina, parenchymatöse Nephritis und Ausbleiben des Wachstums ausrasierter Haare hervorrufen. 2. Milchsekretion konnte nicht beobachtet werden. 3. Der Stoff geht in den Kochsalzextrakt über, ist in Alkohol, Äther und Aceton löslich, dürfte vielleicht ein Lipoid sein. 4. An dem herausgeschnittenen überlebenden Meerschweinchenuterus erzeugen die wässrigen Alkoholätherextrakte der Placenta kräftige, langdauernde Kontraktionen.

B. Wolff (Rostock).

Weber, Ernst: Zur fortlaufenden Registrierung der Schwankungen des menschlichen Blutdrucks. Die Änderung des Blutdrucks durch Bewegungsvorstellung. (*Physiol. Inst., Univ. Berlin.*) Arch. f. Anat. u. Physiol., physiol. Abt., Jg. **1913,** H. 3/4, S. 205—224. 1913.

Gellhorn, Ernst, und Hans Lewin: Veränderungen des Blutdruckes bei psychischen Vorgängen an gesunden und kranken Menschen. (*Physiol. Inst., Univ. u. Charité, Berlin.*) Arch. f. Anat. u. Physiol., physiol. Abt., Jg. **1913,** H. 3/4, S. 225—239 1913.

Allgemeine Therapie:

Chase, Walter B.: Menorrhagia and metrorrhagia. Suggestions as to treatment and remarks on recent claims for radio-therapy. (Menorrhagien und Metrorrhagien — therapeutische Vorschläge und Bemerkungen über die gegenwärtig geforderte Radiotherapie.) New York State journal of med. Bd. **13,** Nr. 9, S. 468—471. 1913.

Verf. bespricht zunächst die Hygiene der Menstruation, dann die Therapie der Menorrhagien, zunächst die interne, Styptica, Eisen, Arsen usw. Ist Metropathie die Ursache, so empfiehlt er die Röntgenbestrahlung und zwar die Gaußsche Intensivbestrahlung; dieselbe Therapie wendet Verf. auch bei Myomen an.

Lembcke (Freiburg i. Br.).

Ripperger, Albert A.: Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie in der Gynaekologie. Allg. Wien. med. Zeit. Jg. **58,** Nr. 13, S. 140—141, Nr. 14, S. 152 bis 153 u. Nr. 15, S. 163—164. 1913.

Verf. gibt eine übersichtliche Darstellung der Entwicklung der gynaekologischen Röntgentiefentherapie. Er erwähnt auch die vor einiger Zeit von Otto v. Herff veröffentlichten Bedenken gegen die Röntgenkastration und die Entgegnung Krönigs und Gauß'. Die in der Literatur beschriebenen 3 Todesfälle bei den ersten Röntgenbestrahlungen glaubt er nicht durch die Röntgentherapie verursacht. Nach seinen Erfahrungen spricht sich Verf. für die Albers-Schönbergsche Methode aus, sie gewährleiste bei großer Sicherheit des Erfolges den größten Schutz für die Patientin.

Monheim (München).

Heynemann, Th.: Die Röntgentherapie gynaekologischer Erkrankungen und ihre bisherigen Ergebnisse. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. **5,** H. 2, S. 159—183. 1913.

Technik der Hallenser Frauenklinik bis Anfang 1913: 2—4 abdominale, zuweilen noch 2 sakrale Felder, Fokushautdistanz 27 cm, 3 mm Al. F., 10 x pro Feld, 3 Wochen Intervall.

Nur über die Erfahrung mit dieser Methode wird berichtet. Bei malignen Tumoren wurde nie mehr erreicht, als mit anderen klinischen Methoden. Bestrahlt wurden 59 Metropathien im höheren, 13 im jüngeren Lebensalter, 15 Myome. Von den 59 blieben 9 dauernd amenorrhoisch, 30 nach vorübergehender Amenorrhöe — ohne daß dann weiter bestrahlt wurde — oligomenorrhoisch, 1 Fall gebessert (aus äußeren Gründen unvollkommen bestrahlt), 8 ohne Erfolg, über 12 keine Nachricht. Von den 13 jüngeren Frauen 4 oligomenorrhoisch, 4 gebessert, 2 operiert wegen schwerer Anämie. Von 15 Myomen 2 dauernd amenorrhoisch, 7 eumenorrhoisch, 4 operiert. Niemals Hautschädigungen beobachtet. Zur Sicherung des Erfolges gibt Verf. nach erfolgter Heilung gegenwärtig noch 1—2 Serien. Heinemann suchte, wie u. a. Albers-Schönberg mit möglichst geringer Strahlenmenge auszukommen, ging deshalb noch nicht zur Gaußschen Intensivbestrahlungsmethode über. Neuere Änderungen in der Bestrahlungstechnik: Vergrößerung der Dosis in der einzelnen Serie bei stark ausgebluteten und ängstlichen Frauen. Wahl der Hautfelder: Als Grundlage dienen die Arbeiten von Höhne und Linzenmeier über die Lage der Ovarien. 3 Felder von ca. 7 cm Durchmesser nach oben etwa durch die Verbindungslinie der Spin. ant. sup. begrenzt. Zuweilen noch 2 glutäale und 1 sakrales Feld. Erhöhung der einzelnen Hautdosis: Gauß fand bei 3 mm Al. F. als E. D. 40 x, gibt aber nur 20 x pro Feld (viele Felder), Haus-Meyer (nach Sabourand gemessen) 20 x als E. D. bei 4 mm Al. F. Verf. weist darauf hin, daß beide Meßmethoden nur bedingt miteinander zu vergleichen seien. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Dessauer, Friedrich: Versuche über die harten Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20, H. 6, S. 586—590. 1913.

An Hand mehrerer Benoistbilder, welche durch zahlreiche Versuche gewonnen wurden, beweist Verf., daß eine Röntgenröhre für die hineingeleitete elektrische Energie unter folgenden Bedingungen einen größeren Anteil an harter Strahlung gibt: 1. bei Herabsetzung der Frequenz der Schläge, 2. bei Steigerung der Stromdichte, die während des Stromdurchganges in der Röhre herrscht, 3. bei Abkürzung der Schlagdauer (Induktionsstoß). Durch diese Resultate läßt sich nicht nur bei dem Dessauerschen Reformapparat, sondern auch bei anderen, gewöhnlichen guten Röntgenapparaten der Betrieb weitaus ökonomischer gestalten. *Dorn* (Kempten).

Foveau de Courmelles: Les rayons X et le radium en gynécologie. (Die Röntgen- und Radiumstrahlen in der Gynaekologie.) (17. congr. internat. de méd., London, 6—12. VIII. 1913.) Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd. 26, Nr. 8, S. 234—242. 1913.

Nach einem historischen Überblick berichtet Verf. über die Resultate bei Uteruscarcinomen, Myomen, Metritiden, Salpingo-oophoritiden. In 50 von Chéron und Rubens-Duval behandelten Fällen von Uteruscarcinomen wurde ein vollkommener Narbenersatz des carcinomatösen Gewebes bei 18 Fällen erzielt. Nach den allgemeinen Erfahrungen ist die infiltrative Form des Carcinoms am resistentesten, während die proliferierenden Krebse am empfindlichsten für Radium sind. Man hat eine gleichzeitige Medikation von Jodkali oder Chlormagnesia gerühmt. Wichtig ist auch die schmerzlindernde Wirkung der Strahlentherapie. Myome: ultrapenetrante Strahlung, 50 mg Radium — 24 Stunden — 3 Sitzungen — beseitigen kleine Fibrome und Menorrhagien (Cherron), 117 Amenorrhöen bei 120 Fällen, 108 mal Schrumpfung, 6 mal Stationärbleiben, 3 mal Wachstum; von 25 großen Myomen wurden 12 nur amenorrhoisch. Metritis: Sowohl kurzzeitige Applikationen von 10—20 Minuten (Oudin und Verchère, Wirkham und Degrais, Lacapère) unfiltrierte Strahlung, als auch langdauernde Applikation, utrapenetrante Strahlen, 12—24 Stunden (Chéron, Mme. Fabre, Bender) haben ausgezeichnete Resultate gegeben. Salpingo-oophoritis: Chéron hat sie unter dem Einflusse ultrapenetranter Strahlung schwinden sehen in Fällen, die $^1/_2$ bis 2 Jahre der klassischen Therapie getrotzt hatten, in 21 von 171 Beobachtungen wurde hinterher Gravidität beobachtet. Technik: 0,5 Silber — oder 1 mm Blei- oder Nickelfilter. 100—1000 mg Ra. sulf. intracervical oder intrauterin 24—48 Stunden. Bei malignen Tumoren wird die strahlende Substanz intratumoral gelegt und zwar Minimum 50 mg 24 Stunden. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Wertheim: Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, Nr. 41, S. 1648—1650. 1913.

Verf. berichtet über 19 eigene Fälle von Uteruscarcinomen, von denen 9 operabel, 1 Grenz-

fall und 9 inoperabel waren. Bestrahlt wurde mit großen Dosen Radium bzw. Mesothorium unter „starker“ Filterung. Bei den 9 inoperablen Fallen war kein eklatanter Erfolg zu konstatieren. Eine Beeinflussung bis zum vollständigen Schwinden des Tumors fand sich nur in den Fällen, in denen es sich um oberflächliche resp. „exophytische“ Carcinome handelte.

Einen gleichwertigen Effekt glaubt Verf. durch Excochleation, Paquelinisation oder vaginale Portioamputation erzielen zu können. Wenn einerseits eine genügende Tiefenwirkung in den später mikroskopisch untersuchten Partien nicht zu konstatieren war, so wurden andererseits in einer Reihe von Fällen beträchtliche Schädigungen beobachtet, einerseits solche, die den Gesamtorganismus betreffen (allgemeine Hinfälligkeit, Abmagerung, Herzschwäche, Kopfschmerzen, Diarrhöen, Temperatursteigerung, Aufregungszustände, Schlaflosigkeit), andererseits solche lokaler Natur (Verschorfung und Nekrotisierung der Gewebe, die sich nicht immer auf den Krankheitsherd beschränken ließen (Infiltration des gesamten Beckenbindegewebes, sulzige Verdickung des Peritoneums, Entzündung des unteren Dickdarms, Erschwerung der Blasenfunktion, mehr oder weniger heftige Schmerzen). Verf. ist selber der Ansicht, daß sich diese Schädigungen bei entsprechender Technik, speziell bei entsprechender Filterung stark reduzieren lassen; bei starken Dosen sei aber manchmal auch die starke Filterung nicht imstande, diese Schäden vollkommen zu vermeiden, auch meint der Autor, daß die Radikaloperation nach der Radium- resp. Mesothoriumbehandlung nicht unerheblich erschwert sein kann und daß sie eine größere Mortalität aufweisen wird. Das Operieren gestaltet sich infolge der starken Infiltration, der Hyperämisierung und der Sklerosierung des gesamten Beckenbindegewebes beträchtlich schwieriger und auch die Alterationen des Allgemeinbefindens trüben die Prognose der Operation nicht unwesentlich. Für zukünftige weitere Versuche empfiehlt der Autor 1—2 mm Bleifilter für die zu bestrahlende Stelle, 2—3 mm dicken Bleischutz der gesunden Umgebung und 10—20 Schichten gummiertes Papier gegen die Sekundärstrahlung. Von den „großen“ Dosen will Verf. vollkommen abgehen und in continuo nicht mehr als 3000 mg-Stdn. applizieren, worauf eine mehrtätige Pause eintreten soll. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Chéron H., et H. Rubens-Duval: Aperçu sur les résultats de la radiumthérapie des cancers de l'utérus et du vagin. (Bericht über die Resultate der Radiumtherapie bei Uterus- und Scheidencarcinomen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 5, S. 418—429. 1913.

Es handelt sich um über 100 meist inoperable Fälle. Technik (nach Dominici): Massendosen, ultrapenetrante Strahlen. Die Resultate lassen sich nicht statistisch resumieren, sondern verlangen einzeln betrachtet zu werden, da sowohl der klinische Befund als auch die pathologisch-anatomische Beschaffenheit des Carcinoms von großer Bedeutung sind. Bei einer Patientin inoperables Cervixcarcinom, das auf zwei Bestrahlungen hin vollkommen verschwand. 1¼ Jahr später Exitus an interkurrenter Erkrankung; bei der Sektion nirgends Krebsnester gefunden. Wiederholt wurde nach vorheriger Radiumbestrahlung eine Operation ermöglicht. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Wanner und O. Teutschlaender: Das Mesothorium und seine Wirkung auf bösartige Neubildungen. (*Evangel. Krankenh. u. pathol. Inst., Akademie, Düsseldorf.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 296—306. 1913.

Eine gut faustgroße Kontinuitätsmetastase eines primären Tubencarcinoms im septum recto-vaginale wurde nach Exstirpation der Tube mit Mesothorium behandelt und der Verlauf der Rückbildung durch mehrfache Probeentnahmen mikroskopisch kontrolliert. Es wurden mittels 30 resp. 50 mg Mesothorium 13 840 Milligrammstunden in 0,05 mm Silberkapseln, 2000 Milligrammstunden in 1½ cm Goldkapsel gegeben. Der Tumor verschwand soweit, daß Verf. von einer lokalen, direkten Heilung sprechen zu können glaubt. Seine mikroskopischen Befunde decken sich mit den von Doederlein in der Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 1913 veröffentlichten vollständig. Beschreibung zweier weiterer während der Drucklegung bestrahlter Fälle. *Monheim* (München).

Gudzent, F.: Über Dosierung und Methodik der Anwendung radioaktiver Stoffe bei inneren Krankheiten und die erzielten therapeutischen Heileffekte. (*Charité, Berlin.*) Radium in Biol. u. Heilk. Bd. **2**, H. 8, S. 243—249, H. 9, S. 272—283, H. 10, S. 305—308 u. H. 11, S. 313—329. 1913.

• Albers-Schönberg: Die Röntgentechnik. Handbuch f. Ärzte und Studierende. 4. Aufl. bearb. v. Walter, Albers-Schönberg, Hauptmeyer, Drüner, F. M. Groedel. Hamburg: Gräfe & Sillem. 1913. VIII, 733 S., 17 Taf. M. 23.—.

Hörder, Alexander: Kritisches Referat über den Stand der Thorium X-Therapie und 2. Bericht über Thorium X-Trinkkuren in der Praxis. (*Med. Univ.-Poliklin., Bonn.*) Zeitschr. f. Röntgenk. u. Radiumforsch. Bd. **15**, H. 8, S. 237—247 u. H. 9, S. 281—293. 1913.

• Schmidt, H. E.: Kompendium der Röntgen-Therapie (Oberflächen- u. Tiefenbestrahlung). 3. verm. u. verb. Aufl. Berlin: A. Hirschwald. 1913. X, 228 S. M. 5.—.

Oram, Walter C.: The X-rays as therapeutic agents. (Röntgenstrahlen als Heilmittel.) Liverpool med.-chirurg. journal Bd. **33**, Nr. 64, S. 472—486. 1913.

Lacassagne, Antoine: Sur la roentgénisation expérimentale des ovaires. (Experimentelle Röntgenbestrahlung der Ovarien.) Lyon chirurg. Bd. **10**, Nr. 4, S. 371—377. 1913.

Die Versuche wurden an Kaninchen angestellt, welche in einer Sitzung mit gleichharten Röhren und gleicher Filterung gleichlang bestrahlt wurden. Die Ovarien wurden in immer größerem Abstand vom Bestrahlungstag untersucht. Die Untersuchung erstreckte sich auf folgende 4 Punkte: 1. Schicksal der bestrahlten Follikel: Alle in Entwicklung begriffenen Follikel und die meisten Primärfollikel degenerieren. 14 Tage genügen zu ihrem Verschwinden. Nach dieser Zeit finden sich nunmehr einige intakte Primärfollikel; nach 6 Monaten reifen diese, ihre Eier sind befruchtbar; oder es kommt zu einer intrafollikulären Blutung und Bildung einer Blutcyste. — 2. Entwicklung der interstitiellen Drüse: Die X-Strahlen haben keine Wirkung auf die bereits bestehende interstitielle Drüse; aber, indem sie die Follikel zerstören, unterdrücken sie die Hauptquelle für die entstehende Drüse, so daß nach 4 Monaten keine Glandula interstitialis mehr besteht, da die zur Zeit der Bestrahlung bestehende verschwunden ist, ohne durch eine neue ersetzt worden zu sein. — 3. Brunst: Wenn das Ovar reife Follikel und eine interstitielle Drüse, aber kein Corpus luteum enthält, werden die Tiere brünstig, nicht aber wenn nur eine interstitielle Drüse, aber kein Corpus luteum oder reifender Follikel vorhanden ist; übernimmt eine Blutcyste die mechanische Rolle des reifen Follikels, so bleiben die Tiere während des ganzen Bestehens derselben brünstig. — 4. Therapeutische Wirkung der X-Strahlen in der Gynaekologie: Trotz der hohen Dosen haben die Versuche mit Kaninchen nur eine vorübergehende Sterilisierung ergeben. Um eine dauernde Sterilisierung der Frau zu ermöglichen, sind so große Mengen erforderlich, daß zu leicht Schädigungen entstehen können. Es ist daher nur eine temporäre Sterilisierung angezeigt, die durch periodisch wiederholte Bestrahlung erneut werden muß. Die Wirkung bei Myomen ist vielleicht in einem direkten Einfluß auf den Tumor selbst zu suchen. *Jaeger* (München).

Oppermann, Karl: Die Entwicklung von Forelleneiern nach Befruchtung mit radiumbestrahlten Samenfäden. Arch. f. mikroskop. Anat., Abt. 2, Bd. **83**, H. 1/2, S. 141—189. 1913.

Für die Einwirkung der Radiumstrahlen auf die Spermien der Forellen gilt das Gesetz der Kurvenbildung (von O. und G. Hertwig): kleine Dosen schwache Schädigung, mittlere Dosen starke Schädigung, hohe Dosen wieder geringe Schädigung. Dies ist jedoch nicht als allgemein gültiges biologisches Gesetz zu betrachten, sondern gilt vielleicht nur für diesen speziellen Fall. Die Deutung durch O. Hertwig wird angeführt. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Guilleminot, H.: Sur la loi d'action biologique des rayons X filtrés et non filtrés. (Über die biologische Wirkung der gefilterten und nicht gefilterten Röntgenstrahlen.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc. Bd. **156**, Nr. 25, S. 1943—1946.

Verf. gibt eine zahlenmäßige Beziehung zwischen Röhrenhärte, Filterdicke und wirksamer Dosis in den einzelnen Gewebstiefen. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Cabot, S.: On analysis of the various forms of energy supply for the generation of X-rays. (Analysierung der verschiedenen Formen der Energiequellen zur Erzeugung von Röntgenstrahlen.) Americ. quart. of roentgenol. Bd. **5**, Nr. 1, S. 1—14. 1913.

Verf. bespricht Unterschiede im Verhalten der von Transformatoren und Induktoren erzeugten Ströme auf den Spiegel der Röhren. Er kommt zu dem Resultat, daß die Hauptsache für das gleichmäßig gute Gelingen einer Aufnahme, einer Durchleuchtung und einer therapeutischen Bestrahlung in dem sich gleichbleibenden Härtegrad der Röhre zu erblicken ist, dieser aber ist vor allen Dingen abhängig von einem Apparat, der Ströme von möglichst konstanter Spannung während der Dauer der Belastung liefert, da nur von der Spannung die Qualität der Strahlung einer Röhre mit konstanter Evakuierung abhängt. Der zu verwendende Apparat

soll Spannungsvariationen von 30 000 bis 80 000 Volt und eine Maximalenergie von 10 Kilowatt besitzen, ein Hilfsapparat soll für die genaue Innehaltung der jeweilig verlangten Maximalspannung Sorge tragen. *Lohfeldt* (Hamburg).

Alfieri, Emilio: L'azione terapeutica del bagno addominale di aria calda nel campo ginecologico. (Die therapeutische Wirkung der Heißluft in der Gynaekologie.) Ann. d. facoltà di med. Bd. **3**, Nr. 1, S. 3—23. 1913.

Die günstigen Resultate der Heißluftbehandlung bei chronischen Entzündungen des Genitalapparates (Tuberkulose ausgenommen) werden auf Grund einer 6jährigen Erfahrung hervorgehoben. Verf. hat den gewöhnlichen Heißluftkasten, um eine langsamere und gleichmäßigere Wärmezufuhr zu erzielen, mit gedoppelter Wand versehen. Er beschreibt ausführlich die durch die Erwärmung hervorgerufene Reaktion, insbesondere die Temperatur-, Puls- und Blutdruckveränderungen. *Colombino* (Mailand).

Langenhagen, René de: De l'emploi abusif et inconsidéré des irrigations vaginales trop chaudes en gynécologie. (Die mißbräuchliche und unüberlegte Anwendung allzu warmer Scheidenspülungen in der Gynaekologie.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 34, S. 674—676. 1913.

Verf. schildert die Technik der Scheidenirrigationen, wie sie in dem Thermalbade Luxeuil (Temperatur 48—50°) gebräuchlich ist, und polemisiert gegen die wahllose Anwendung des Verfahrens bei gynaekologisch Erkrankten. Die Reaktion auf eine derartige Wärmeapplikation, besonders, wenn sie zu lange und unter zu hohem Druck ausgeübt wird, ist individuell außerordentlich verschieden und führt vor allem bei nervösen Personen leicht zu Schädigungen. Häufig traten auch Verschlimmerungen ein in Fällen, wo nach entzündlichen Erkrankungen die Behandlung zu früh begonnen war. Die Indikationen für die Benutzung geringerer Temperaturgrade (39—42°) bei vaginalen Spülungen erfahren eine kurze Besprechung. *Holste* (Stettin).

● **Bum, Ant.: Technik der ärztlichen Massage. Für prakt. Ärzte.** Wien: Urban & Schwarzenberg. 1913. VII, 112 S. M. 3.40.

Duncan, Charles H.: Autotherapy in purulent infections and the technic of its application. (Autotherapie bei eitrigen Infektionen und ihre Technik.) Americ. practitioner Bd. **47**, Nr. 9, S. 461—472. 1913.

Resolution des Pharmazie-Rates (Journ. of the Amer. med. Assoc. 28. Juni 1913): Vaccinetherapie ist Sache des technisch Geschulten. Ihr Wert ist übertrieben worden. Vorratsmaterial und gemischte Vaccinen des Handels sind abzulehnen. Autogene Vaccine ist überlegen. Ihre Herstellung ist Sache des behandelnden Praktikers. — Die Herstellung spezifischer Gegenkörper der durch Bakterieninvasion hervorgebrachten Toxine wird durch Vaccine von Tieren und anderen Menschen nicht unterstützt, sondern erschwert. Schwierig ist bei Mischinfektionen auch die Bestimmung des gefährlichsten Krankheitserregers. Zu der zu berücksichtigenden Zahl von Bakterien kommen deren und die von den Geweben des Kranken produzierten Toxine. Autogene Vaccine leistet hierfür am meisten, auch in der Prophylaxe. Ihre Toxizität ist gering. — Bericht über mit autogener Vaccine behandelte 16 Fälle von akuter und chronischer Furunculosis. Knochenfrakturen und Phlegmonen zum Teil mit schweren septischen Erscheinungen und Gangrän, Karbunkel. 3 Methoden der Technik: 1. 5 Tropfen Eiter auf 0,3 dl Wasser, die Hälfte sogleich, die andere nach 6 Stunden per os. 2. 4 Tropfen Eiter in 0,3 dl Wasser, gründlich geschüttelt, die Hälfte bis zum Kochen erhitzt, zu der anderen Hälfte zurückgegossen, das Ganze gründlich geschüttelt, durch Berkefeld-Filter filtriert, hiervon 0,12 ccm subcutan injiziert. 3. 10 Eitertropfen mit 7 g pulverisiertem Glas im Mörser zerrieben, zu 0,3 dl Wasser zugesetzt, durch Berkefeld-Filter filtriert, hiervon 0,12 ccm subcutan injiziert. Die Erfolge waren ausgezeichnet. — Technik bei Puerperalfieber: 1 ccm der Lochien in 1,2 dl Wasser gründlich geschüttelt, hiervon 1 Theelöffel alle 4 Stunden. Die Dosis ist nur zu wiederholen, wenn auf die vorhergehende keine dauernde Besserung eingetreten. — Technik des Filtrierens: 1. Apparat für die Praxis. Luftdruck treibt den löslichen Toxinekomplex durch einen Porzellanpfropfen. Duncan Autotherapeutic Apparatus Nr. 1. — 2. Apparat für das Laborato-

rium. Wasserdruck wirkt hier durch einen Syphon. Apparat Nr. 2. Wirkung in 10 Minuten. Der Filter ist vor und nach Gebrauch 15 Minuten zu kochen, der Porzellanzylinder auseinanderzunehmen, unter fließendem Wasser abzuspülen und mit einer weichen Bürste behufs Erzielung einer neuen Filteroberfläche abzureiben. *Mohr.*

Plauchu: Ligature bilatérale des trompes après une 3e opération césarienne dans un but de stérilisation. Castration unilatérale ultérieure. Grossesse consécutive. (Beiderseitige Unterbindung der Tuben nach einem dritten Kaiserschnitt ad sterilisandum. Einseitige spätere Kastration. Nachfolgende Schwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 5, S. 479—482. **1913.**

Anläßlich eines Kaiserschnittes wurde eine doppelte Seidenunterbindung der beiden Tuben ausgeführt. 18 Monate später wurde Patientin wegen Bauchhernie wieder operiert. Ad demonstrandum entfernte man eine Tube mit Ovarium. 2 Monate später Schwangerschaft. Die exstirpierte Tube war von der Unterbindung total durchgeschnitten und eine durch das Tubenostium eingeführte feine Sonde stieß gegen einen Blindsack. Während der zweiten Operation wurde derselbe Versuch mit demselben Resultat an der anderen Tube gemacht. Woher die Schwangerschaft? Hat vielleicht die Exstirpation der Tube bei der zweiten Operation ein eine Schwangerschaft begünstigendes Ostium uterinum geschaffen? Oder war die Tubenunterbindung wie oftmals ungenügend? Leider wurde die mikroskopische Untersuchung nicht gemacht. *R. Chapuis* (Genf).

Allgemeine Chirurgie:

Chaput: L'anesthésie lombaire combinée à la chloréthylisation courte. (Lumbalanästhesie kombiniert mit kurzem Chloräthylrausch.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21**, Nr. 3, S. 187—190. 1913.

Autor unterstützt die Lumbalanästhesie, deren Mißerfolg er namentlich bei Neurasthenie schon als Folge der ängstlichen Aufregung ansieht, bei Beginn der Operation durch eine einmalige Choräthylgabe, verabfolgt mit Kompresse, sobald die Anästhesie sich nicht gleich vollständig erweist. Einzelne Versager traten jedoch ein. *Mohr.*

Jackson, Chevalier: The technique of insertion of intratracheal insufflation tubes. (Die Technik der Applikation der Kanüle bei intratrachealer Insufflation.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 4, S. 507—509. 1913.

Roulland, H.: Les incisions esthétiques de la paroi abdominale (L'incision du Pfannenstiel). (Ästhetische Schnittführung bei Bauchschnitten (Pfannenstielscher Schnitt.) Sem. gynécol. Jg. **18**, Nr. 29, S. 229—230. 1913.

Das Originelle bei der Pfannenstielschen Schnittführung besteht in der krummlinigen Durchschneidung der Rectus-Aponeurose. Die Operation wird in drei Zeiten ausgeführt: Durchschneidung der Haut mit sorgfältiger Blutstillung, Durchschneidung und Ablösung der Rectus-Aponeurose und Eröffnung des Peritoneums. Man hat ein mindestens ebenso großes Operationsfeld als bei der klassischen Schnittführung. Die Hauptvorzüge der Schnittführung sind: die Narbe ist fast unsichtbar, da sie in den Haaren liegt, und sehr fest, so daß keine Bauchbrüche entstehen. Die der Operation zur Last gelegten Hämatome lassen sich leicht vermeiden durch eine exakte Blutstillung und einen guten Kompressionsverband. Eine Fasciennekrose entsteht nur bei eitrigen Prozessen. Die Pfannenstielsche Schnittführung stellt demnach einen wesentlichen Fortschritt dar in bezug auf die Ästhetik und die Festigkeit der Laparotomienarbe. Sie wird mit Vorteil angewandt bei der großen Mehrzahl der Operationen im Becken, bei denen man keine Infektion zu befürchten braucht. Bei sehr großen Tumoren, wo man sonst mit der Incision den Nabel überschreiten müßte, auch bei der Wertheimschen Operation, ist sie ungenügend. *Eckert* (Dortmund).

Cullen, Thomas S.: Operations on patients with a haemoglobin of forty per cent or less. (Operationen an Patientinnen mit einem Hämoglobingehalt von 40 oder weniger Prozent.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 276—293. 1913.

Cullen berichtet aus der Gynaekologischen Abteilung des Johns Hopkins Hospital über

152 Fälle von Frauen mit einem Hämoglobingehalt von 40% und weniger. Es sind darunter Uterusmyome, hyperplastische Endometritiden, Cervixcarcinome, Beckenbauchfellentzündungen, Tubarschwangerschaften, Placentarretentionen, Adenomyome des Uterus, Chorioepitheliome und sonstige maligne Erkrankungen des Uterus der Adnexe, sowie eitrige Ovarialerkrankungen usw. Einige Patientinnen mit einem sehr geringen Hämoglobingehalt starben unoperiert (ausführliche Krankengeschichten: 3 submuköse Myome, 1 Puerperalinfektion, 1 Thrombose der Ovarialvenen mit Staphylokokkusinfektion der verschiedensten Organe, 1 doppelseitiges Ovarialcystom mit Uterusmyomen und Flexurcarcinom, 1 Cervixcarcinom mit ausgedehnter Carcinomatose). 13 Myompat. unter 37 Operierten erlagen der Operation. Es folgen große tabellarische Übersichten.

Aus seinen Auseinandersetzungen schließt Cullen, daß im allgemeinen Patientinnen mit relativ niedrigem Hämoglobingehalt Operationen gut überstehen. Bei Cervix- oder Uteruskörpercarcinom steigert sich die Gefahr wesentlich. In Fällen, in denen die Blutungen sich hauptsächlich zur Zeit der Periode abspielen, ist es ratsam, die Operation bis kurz vor die nächste Regel zu verschieben, da in den Tagen vor der Menstruation der Hämoglobingehalt größer ist. Hyperplasie des Endometriums ist eine eng umgrenzte Krankheit, die sehr häufig zu ausgedehnten Blutverlusten und sehr niedrigem Hämoglobingehalt führt; sie kann vorübergehend durch Curettement gestillt und nach 3—4 Ausschabungen oftmals geheilt werden. In einigen Fällen wird aber die Entfernung des Uteruskörpers notwendig werden und bleiben. Für die allgemeine Einführung der Bluttransfusion kann sich Cullen nicht allzusehr begeistern, sie soll nur von geübten Chirurgen ausgeführt werden und in 20—30 Minuten beendet sein; sie wird in Zukunft häufiger bei Fällen mit niedrigem Hämoglobingehalt anzuwenden sein. Dringend zu warnen ist bei stark anämischen Personen vor Abführmitteln, hier sollen nur die allermildesten angewandt werden. *Penkert* (Halle a. S.)

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Nicolle, Charles, et L. Blaizot: Un vaccin antigonococcique atoxique. Son application au traitement de la blennorrhagie et de ses complications. (Ein ungiftiges Antigonokokken-Vaccin. Seine Anwendung bei der Behandlung der Gonorrhöe und ihrer Komplikationen.) Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sciences Bd. **157**, Nr. 14, S. 551—555. 1913.

Die bisherigen Vaccine gegen Gonorrhöe sind nicht ungiftig. Das neue Vaccin der Autoren ist ungiftig und unbegrenzt haltbar; es erzeugt weder eine lokale noch eine allgemeine Reaktion. Es ist an 200 Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge erprobt, darunter sind 24 Fälle von Augenblennorrhöe, 20 Fälle von gonorrhoischer Orchitis, 3 Fälle von gonorrhoischem Rheumatismus und 127 Fälle akuter und chronischer gonorrhoischer Urethritis. *Blanck* (Potsdam).

Brown, Alan: Tuberculin skin reactions in infancy. (Die Reaktionen der Tuberkulinhautimpfungen im Kindesalter.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on pediatr., met. 10. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 377—379. 1913.

Bericht über 650 Impfungen bei Kindern bis zu zwei Jahren. Zwei diagnostisch wichtige Formen der lokalen Reaktion: Die erste, mit 12—18 Stunden beginnend, erreicht in 24 Stunden den Höhepunkt und verschwindet nach 3—4 Tagen mit Hautabschuppung. Die zweite intensivere erreicht erst in 2—3 Tagen ihr Maximum. Keine Hautabhebung. Eine einige Stunden nach der Impfung auftretende und nur 10—12 Stunden anhaltende Hautrötung und Schwellung ist ohne jede Bedeutung. In 90% positive Reaktion. Resultat durch klinische Symptome oder Autopsie bestätigt. Der negative Ausfall ist ebenso beweisend. *Laubenburg* (Remscheid).

Unterricht und Lehrmittel:

● **Handbuch der Frauenheilkunde für Ärzte und Studierende. Bearb. v. Amann, Baisch, Beuttner u. a. Hrsg. von C. Menge u. E. Opitz.** Wiesbaden: J. F. Bergmann. 1913. XVI, 802 S. M. 15.—.

Polak, John Osborn: Modern methods in obstetrical and gynecological teaching. (Moderne Unterrichtsmethoden in Geburtshilfe und Gynaekologie.) Med. times Bd. **41**, Nr. 10, S. 289—291. 1913.

Autor zieht eine Parallele zwischen Europa, wo die geschulte Hebamme im ruhigen Vertrauen auf ihre Erfahrung die meisten Entbindungen ohne ärztliches Einschreiten

sich glücklich vollziehen läßt, und Amerika, wo oft chirurgisch völlig ungeschulte Ärzte durch unnötige Operationen bei Geburten schweren Schaden anrichten. Schilderung des Lehrsystems am Long Island College Hospital, das ungefähr in seiner Reihenfolge von theoretischer Unterweisung, Laboratoriumsarbeit, Übungen am Phantom, poliklinischer Geburtsüberwachung, dann Assistenz bei Operationen der deutschen Methode entspricht. Geburtshilfliche Operationen sollen nach Einlieferung in die Klinik gemacht werden. Erwähnenswert: Nahtübungen bei Dammrissen am elastischen Phantom.
Mohr (Berlin).

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Rieländer, A.: Zum 70. Geburtstage von F. Ahlfeld. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 42, S. 2346—2347. 1913.

De Blasi, V.: Conquiste e problemi d'iniziativa della ginecologia italiana. Riassunto della conferenza di chiusura dell'anno scolastico 1912—1913. (Erreichtes und Erstrebtes in der Ital. Gynaekologie. Rückblick über die Vorlesungen des Jahres 1912—1913.) (*Istit. ostetr. ginecol., univ., Genova.*) Clin. ostetr. Jg. **15**, Nr. 18, S. 409—428. 1913.

Verf. gibt einen kurzen Überblick über den wichtigsten Teil seiner Vorlesungen im vergangenen Jahr mit Anführung einzelner Fälle. Sterilität infolge von Uterusmißbildungen, wie der von ihm als Schneckenform bezeichneten Veränderung, dann infolge von Krankheit beschäftigen ihn besonders. Gegen Neo-Malthusianismus und für „recherche de la paternité" und Ehescheidung äußert er sich sehr stark. Tuberkulose und Schwangerschaft, Prophylaxe des Uteruscarcinoms, Adrenalinbehandlung der Osteomalacie, Schnelldilatation, Therapie der Cervixkatarrhe und Retrodeviationen in der Gravidität werden eingehend erörtert. Ein wichtiges Kapitel bildet für den Verf. die Psychoprophylaxe. Den größten Triumph feiert Bossis Wahlspruch: „Primum non nocere" in dem seltenen Fall einer spontanen Geburt bei fast kompletter Vaginalatresie. *Berberich* (Karlsruhe).

Gynaekologie.

Uterus:

Guérin-Valmale et Moiroud: Utérus double avec hématométrie unilatérale. (Doppelter Uterus mit einseitiger Hämatometra.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr 3, S. 269—273. 1913.

Auf Grund mehrfacher Untersuchungen wurde bei der 29jähr. Pat. die seit dem 15. Jahre an starken, schmerzhaften Hämorrhagien litt, die Diagnose auf rechtsseitige Hämatrometra bei Uterus bicornis gestellt und die Totalexstirpation vorgenommen. Das Präparat wird genau beschrieben. Es wird dann auf die relative Seltenheit der Mißbildung und auf die Diagnose, die sich hauptsächlich unter Ausschluß eines Hämatosalpinx auf den Konsistenzwechsel des rechtsseitigen Tumors stützte, hingewiesen. Eine konservative Behandlung lehnen Verff. ganz ab. Die Erhaltung des linksseitigen Uterus war aus technischen und therapeutischen Gründen nicht angezeigt. *Schneider* (Tübingen).

La Torre, Felice: Degli intimi rapporti del peritoneo con il tessuto muscolare dell'utero. (Über die nahen Beziehungen zwischen dem Peritoneum und der Uterusmuskulatur.) Clin. ostetr. Jg. **15**, Nr. 19, S. 433—441. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **2**, S. 205.

Hall, Rufus B.: Cancer of the uterus. Some points to be emphasized in the early diagnosis. (Gebärmutterkrebs; einige Punkte, die bei der Frühdiagnose zu beachten sind.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 14, S. 1264—1266. 1913.

Jede Frau zwischen dem 37. und 47. Lebensjahre sollte sich regelmäßig gynaekologisch untersuchen lassen. Frühsymptome sind 1. wässerige Absonderung, 2. Reizblase, 3. geringe unregelmäßige Blutung, 4. unangenehmer Geruch. Beim incipienten Cervixcarcinom kommen differentialdiagnostisch in Betracht: 1. die Erosion, 2. das Lacerationsektropium, 3. cystische Degeneration, 4. tuberkulöses Ulcus und 5. Schanker. Zur Entlarvung des Corpuscarcinom ist frühzeitig eine sorgfältige Ausschabung und genaue mikroskopische Untersuchung der ausgeschabten Massen zu machen. *Hannes.*

Goinard, E.: Récidive lente d'un cancer utérin. (Spätrezidiv eines Uteruskrebses.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 5, S. 452 bis 453. 1913.

61 jährige Frau mit charakteristischem Blumenkohl der Portio. Starke Blutungen. Uterus genügend beweglich, so daß Versuch der Operation gerechtfertigt erscheint. Operation nach Freund-Wertheim in Äthernarkose. Pat. bekam mehrere Kollapse, die zur raschen Beendigung der Operation zwangen. Keine ausgiebige Operation im gesunden Gewebe. 38 Monate nachher guter Allgemeinzustand. Lokales Rezidiv von 5-Frankstückgröße in der Scheidennarbe, welches trotz Verschorfung mit Thermokautor allmählich sich entwickelt hatte. Keine Blutung. Kein Ausfluß. Verf. erinnert an Berichte von Boris und Theilhaber über vollständige Heilung nach unvollständiger Operation. Er erblickt im vorliegenden Fall einen Beweis zugunsten der teilweisen Operation gegenüber der Radikaloperation. Verf. zieht den Schluß, daß es manche sehr langsame wachsende Krebse gibt, bei denen operiert werden sollte, auch wenn nicht alles Kranke entfernt werden kann. *Schneider* (Tübingen).

De Ott, Dm.: Valeur comparée des procédés opératoires du cancer de l'utérus et des résultats obtenus. (Vergleich und Wert der verschiedenen Operationsmethoden des Gebärmutterkrebses und deren Resultate.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, H. 9, S. 497—501. 1913.

Verf. hebt die geringen Vorteile der abdominalen Totalexstirpation hervor und vergleicht die Resultate Wertheims, der bei 500 Fällen eine primäre Mortalität von 19,4% und eine Verletzung der Nachbarorgane in 21,2%, Eiterungen in 42,4% aufweist mit seinen auf vaginalem Wege operierten Fällen, bei denen die primäre Mortalität nur 0,96% noch beträgt. Wenn daher auch mit der erweiterten abdominalen Totalexstirpation früher mehr Radikalheilungen erzielt wurden, so ist doch jetzt seine erweiterte vaginale Operation mit Incision des Dammes wegen der viel geringeren Mortalität und der ebenso guten Spätresultate — wie auch Schauta mit seiner Statistik es bestätigt — vorzuziehen. *Klein* (Straßburg i. E.).

Proust, R., et A. Maurer: Ligature de l'artère hypogastrique dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer. (Unterbindung der Arteria hypogastrica bei der abdominalen erweiterten Radikaloperation wegen Carcinom.) Journal de chirurg. Bd. **11**, Nr. 2, S. 141—154. 1913.

Bei der erweiterten Radikaloperation nach Wertheim empfehlen die Autoren, als ersten Akt der Operation stets die Unterbindung der Arteria hypogastrica zu machen. Dadurch wird ein bedeutend geringerer Blutverlust, eine Verkürzung der Operationsdauer und eine Erleichterung, die Parametrien auszuräumen, ermöglicht. Bedingungen dafür sind: 1. Die Hypogastrica lateral vom Ureter zu unterbinden und diesen medianwärts zu schieben, 2. die Unterbindung nicht durch isolierte Incision, sondern im oberen Teil der großen Durchtrennung des Peritoneums auszuführen, 3. das Gefäß höchstens 2 cm von der Bifurkation entfernt zu unterbinden. Der Gang der Operation ist dann, wie an guten Bildern erläutert wird, folgender: Erfassen des rechten Ligamentum infundibulo-pelvicum und Durchtrennung hoch oben über den durchschimmernden Gefäßen, Freilegen der Arteria iliaca externa bis zur Kreuzung des Ureters, welcher dann mit dem medianen Blatt des Peritoneums in Verbindung gelassen wird und so nach der Mitte herübergezogen werden kann. Bei der dadurch sichtbar gewordenen Arteria hypogastrica wird die Gefäßscheide eröffnet und die Arterie von außen nach innen unterbunden. Verlängerung des Peritonealschnittes nach unten, Freilegung der Uterina usw. wie üblich. Links muß bei tiefsitzender Sigmoidea diese erst abgetrennt werden, dann wird wie rechts verfahren, nur daß bei Abbindung der Hypogastrica der Deschamp von innen nach außen geführt wird. *Moos* (Breslau).

Michel, Gaston: Un cas de chorio-épithéliome (présentation de pièce). (Ein Fall von Chorionepitheliom.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 4, S. 385—390. 1913.

Michel beschreibt einen Fall von Chorionepitheliom, um nachher auf die Symptomatologie einzugehen. Von den Symptomen ist die Blutung das Charakteristische. Es gibt hauptsächlich drei Formen, unter denen die Blutung auftritt. Im ersten Fall sind

langdauernde leichte Blutungen, außerhalb der Regel vorhanden. Diese geben meistens Anlaß zu einem Curettement. Oder es tritt plötzlich eine beunruhigende Blutung auf. Das Blut geht stromweise ab. Nichts vermag die Blutung zu stillen. Weder die Ruhe, noch heiße Injektionen. Eine schwere Anämie kann die Folge sein. Drittens sind anfänglich nur leichte Blutungen vorhanden, zu denen sich bald infektiöse Prozesse gesellen. Fieber und Schüttelfröste beherrschen das Krankheitsbild. Mag auch der Beginn der Erkrankungen verschieden sein, so ist doch der Verlauf ziemlich gleich. Sehr bald beginnt die Kachexie, die sich durch ihr rasches Auftreten charakterisiert; sehr häufig tritt eine heftige Albuminurie auf. Die Diagnose des Chorionepithelioms ist stets schwierig. Wichtig ist die Anamnese: hartnäckige Blutungen, die rasch zur Kachexie führen, weisen bei verdächtiger Anamnese stets auf Chorionepitheliom hin. Die Therapie ist nur operativ. Die abdominale Totalexstirpation des Uterus ist der vaginalen vorzuziehen. Die Prognose ist nicht ganz ungünstig. Bei 27 von Siermann verfolgten Fällen sind 11 rezidivfrei. Die große Gefahr liegt in den Metastasen, die sich auf dem Wege der venösen Gefäße verbreiten. *Guggisberg* (Bern).

Jacobs: Les organes génitaux internes (utérus et annexes) sont-ils suspendus ou soutenus? (Sind die inneren weiblichen Genitalien aufgehängt oder unterstützt?) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 6, 336—356. 1913.

Ausführliches Referat über einen Teil der Arbeit von E. Martin über den Haftapparat der weiblichen Genitalien unter Reproduktion von 13 seiner vorzüglichen Abbildungen. Aufs genaueste wird an der Hand der Figuren der Verlauf des Bauchfells, der Gefäße, des Ureters usw. geschildert, die Lage des Uterus, der Blase, des Rectums demonstriert, die Muskulatur der Beckenhöhle und deren Fascienapparat beschrieben. Entsprechend den Martinschen Schlußfolgerungen sieht Verf. in dem bindegewebigen Haftapparat des Uterus den wesentlichen Faktor für die Erhaltung seiner Lage. Der Uterus ist also „aufgehängt", nicht „unterstützt". Der Beckenboden spielt für die Lage des Uterus nur eine untergeordnete Rolle, und bei dieser Rolle des Beckenbodens sind die Fascien viel wesentlicher als die Muskeln. *Kalb* (Stettin).

Abadie, J.: Du traitement des prolapsus génitaux par la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus. (Über die Behandlung des Genitalprolapses durch Anteflexion des Uterus mit gleichzeitiger Naht der Ligamenta rotunda an die Levatores ani.) Arch. prov. de chirurg. Bd. **22**, Nr. 5, S. 277—283. 1913.

Quere Incision $^1/_2$ cm oberhalb des äußeren Muttermundes durch die Scheidenschleimhaut, etwa $^1/_3$ des Scheidenumfanges umfassend. Abschieben der Blase, Eröffnung des vorderen Douglas, Vorwälzen des Corpus, Annähen des Blasenperitoneums auf seinem Rücken. Freilegung der Levatores ani. 3 Knopfnähte vereinigen beiderseits den Levator ani mit dem Ligamentum rotundum der entsprechenden Seite. Verschluß der vorderen Scheidenwand nach eventueller Schleimhautresektion. Zum Schluß folgt eine gewöhnliche gründliche hintere Scheiden- und Dammplastik. — Mitteilung von 2 Krankengeschichten, bei denen die Methode mit Erfolg angewandt wurde. *Kalb* (Stettin).

● **Parisse, E.: Contribution à l'étude de l'étiologie des rétrodéviations utérines chez les vierges et les nulipares.** (Beitrag zum Studium der Ätiologie der Uterusvorlagerung nach hinten bei Jungfrauen und Nulliparen.) Paris: Vigot frères. 1913. Frcs. 2.50.

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Rouville, de: Deux cas de pyosalpinx iliaques; des „salpingites hautes" et en particulier des „sigmoïdo-annexites". (Zwei Fälle von Pyosalpinx iliacus; „hohe Tuben" und besonders sigmoido Adnexerkrankungen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 6, S. 581—585. 1913.

In beiden Fällen war der Pyosalpinx mit dem S romanum verwachsen. Exstirpation. Heilung. Die Exacerbation der Tubenentzündung wurde in einem Falle durch eine Schwangerschaft, in dem anderen durch ein Fibrom hervorgerufen. *R. Chapuis.*

Keller, R.: Über Veränderungen am Follikelapparat des Ovariums während der Schwangerschaft. (*Frauenklin., Univ. Straßburg i. E.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **19**, H. 1, S. 13—38. 1913.

Eine morphologische Studie über die Veränderungen am Follikelapparat der Ovarien in der Schwangerschaft. Das Untersuchungsmaterial stammte von 24 Fällen, von denen 6 dem 2. bis 4. Graviditätsmonat, 7 dem 5. bis 7., die übrigen den letzten Schwangerschaftsmonaten angehörten. Der Verf. tritt vor allem an die Frage heran, ob die Ovulation während einer Schwangerschaft stillstehe oder nicht. Er gelangt hierbei zu dem Schluß, daß bis zum Ende der Gravidität alle größeren Follikel atretisch zugrunde gehen, während die Primordialfollikel wahrscheinlich infolge einer besonderen Widerstandsfähigkeit ihrer Zellen, sowie die meisten Follikel in ihren allerersten Entwicklungsstadien erhalten bleiben. Es findet demnach während der Schwangerschaft eine nur spärliche Weiterentwicklung der Follikel statt, eine Eireifung und Follikelberstung jedoch nicht; es gibt also während dieser Zeit keine Ovulation. Seine weiteren Untersuchungen beziehen sich auf die Atresie der Follikel, und die Aus- und Rückbildung der Corp. lut. Er unterscheidet 2 Formen von Follikelatresie: eine cystische, die meist die größeren, und eine obliterierende, welche die kleineren Follikel betrifft. Seine Befunde der Thecaluteinzellenwucherungen am atretischen Follikel bestätigen die von Seitz, Wallart u. a. erhobenen. Eine Ähnlichkeit dieser Bildungen mit der bei Tieren gefundenen interstitiellen Eierstocksdrüse konnte er hingegen nicht feststellen, weshalb er das Vorkommen derselben vorläufig für den Menschen in Abrede stellt. Seine Befunde in bezug auf Entstehung und Rückbildung des Corpus luteum stimmen mit den von R. Meyer und F. Cohn bekanntgegebenen überein. Das Corpus luteum besteht aus zwei verschiedenen Zellarten: aus den eigentlichen Luteinzellen, die vom Granulosaepithel abstammen, also epithelialer Natur sind, und aus den kleinen, epitheloiden Thecaluteinzellen, die Bindegewebszellen aus der Theca interna sind. Die Rückbildung des Corpus luteum verläuft ganz unregelmäßig, so daß sich darüber keine Gesetze aufstellen lassen. *Schauenstein* (Graz).

Tédenat: Rupture des kystes de l'ovaire. (Ruptur von Ovarialcysten.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynecol. de Paris Jg. **2**, Nr. 3, S. 244—256. 1913.

Die Ruptur von Ovarialcysten ist nicht selten (schon 1893 sind 221 Fälle bekannt), bleibt aber oft unbemerkt. Meist ist sie gutartig. Gründe für Rupturen sind: beträchtliche Größe, schnelles Wachstum, Ernährungsstörungen durch Stieltorsion oder Thrombose der Gefäße, oft Trauma selbst von geringer Stärke.

Fall 1. Großer Tumor platzte durch leichten Stoß gegen die Tischkante. Wiederbildung des Tumors. Operation ergibt ein multiloculäres Pseudomyxom des rechten Ovars mit 3 großen frischen Narben. Pseudomyxoma peritonei. Heilung. Noch nach 18 Jahren gesund. — Fall 2. Rasch wachsendes Pseudomyxoma ovarii dextri spontan platzend ergießt 12 Liter in die Bauchhöhle und wächst an allen Stellen weiter. 2 Monate nach der Operation Recidiv. Aufbrechen der Narbe. Exitus. — Fall 3. Intraligamentär entwickelte Cyste rupturierte spontan; Erguß von 10 Liter Flüssigkeit in die Bauchhöhle ohne peritonitische Erscheinungen. Wiederbildung, dann Entfernung der Cyste. Heilung. — Fall 4. Durchbruch von Wucherungen eines papillären Cystoms. Aussaat auf dem ganzen Peritoneum. Operation. Danach rapides Wachstum und Aufbruch der Narbe nach 3 Wochen. Exitus. — Fall 5 bis 7. 3 Dermoidcysten, die nach dem Rectum durchgebrochen sind, einmal nach Stieltorsion, einmal infolge carcinomatöser Entartung. *Moos* (Breslau).

Pollosson, A., et H. Violet: Les productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose. (Tuberculose inflammatoire de l'ovaire.) (Die mit der Tuberkulose im Zusammenhang stehenden cystischen Bildungen des Ovariums [Entzündliche Tuberkulose des Ovariums].) Lyon chirurg. Bd. **10**, Nr. 4, S. 340—346. 1913.

In Anlehnung an die Lehre Poncets von der „entzündlichen Tuberkulose" machen die Verff. auf die ätiologische Bedeutung der Tuberkulose für manche cystische Bildungen der Ovarien aufmerksam, und zwar in Fällen, in denen weder die histologische noch die bakteriologische Untersuchung diese ätiologische Annahme stützen oder beweisen kann. Je nach der Lokalisation und dem Stadium der tuberkulösen Erkrankung, sei es in den Beckenorganen oder in anderen Organen, unterscheiden Verff. 3 Gruppen ovarieller Erkrankung. In der ersten

Gruppe finden sich die bis kopfgroßen Cystenbildungen bei Patientinen mit ausgesprochener Tuben- oder Peritonealtuberkulose, deren chronischer Verlauf eben zu jener Cystenbildung führen soll. In der zweiten Gruppe der cystischen Bildungen des Ovariums findet man entweder die tuberkulösen Erkrankungen der Tuben und des Peritoneums ausgeheilt (Peritoneale Adhäsionen — käsige Knoten der Tuben usw.) oder anamnestisch und klinisch lassen sich anderweitige tuberkulöse Lokalisationen im Körper nachweisen. In der dritten Gruppe schließlich fehlen tuberkulöse Herde in der Nachbarschaft vollständig und nur die Antecedenzien oder der weitere klinische Verlauf (Auftreten tuberkulöser Erscheinungen auf den Lungen oder in anderen Organen) sprechen dafür, daß die ovariellen Cystenbildungen Ausdruck einer tuberkulösen Intoxikation sind. In jedem Falle nach der makroskopischen Betrachtung entscheiden zu wollen, ob es sich um eine auf tuberkulöser Basis entstandene cystische Bildung handelt, halten Verff. für ausgeschlossen. Die Größe jedenfalls ist nicht entscheidend. Da Verff. den Einfluß der Tuberkulose in einer Verstärkung oder fehlerhaften Ablenkung der normalen physiologischen Funktionen des Ovariums erblicken, so können sowohl follikuläre wie auch Luteincysten mit serösem oder häufiger sanguinolentem oder rein blutigem Inhalt resultieren. Besonders die letzteren sind daher verdächtig, auf tuberkulöse Ätiologie, da die Tuberkulose gerade zu einer Verstärkung der normalen Kongestion bei der Periode führt. Dies kommt auch im klinischen Bilde zum Ausdruck durch die im Gegensatz zu den wirklichen Neubildungen mögliche Verkleinerung dieser Cysten, sei es durch Resorption des Inhalts, sei es durch Ruptur mit kleineren peritonitischen Attacken oder unter den Symptomen der inneren Blutung, ferner durch den Verlauf der Menstruation, die entweder als Ausdruck der ovariellen Insuffizienz verzögert oder der ovariellen Reizung gehäuft und verlängert eintreten kann. Auch die bei diesen Frauen so häufige Sterilität wie andererseits deren gesteigerte Libido glauben Verff. ungezwungen auf die schädigende Wirkung der Tuberkulose auf die Follikel einerseits und die stimulierende Wirkung auf die Luteinzellenbildung, d. h. auf die „interstitielle Drüse“ andererseits zurückführen zu können unter Berufung auf die den Tierzüchtern längst bekannte Tatsache des Zusammentreffens von Sterilität und gesteigerter Libido mit polycystischer Hämatombildung der Ovarien bei Rindern und Schweinen, die eben wegen dieser Symptome den Züchtern als „Tuberkulosekandidaten“ gelten. *Vaßmer* (Hannover).

Jacobs, Friedrich: Über einige adenomyomatöse Tumoren an den weiblichen inneren Genitalorganen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **19**, H. 1, S. 143 bis 164. 1913.

Geschichtlicher Überblick der Frage von der Genese der Adenomyome der weiblichen Adnexe. Als Ausgangspunkt kommen in Betracht: 1. Teile des Müllerschen Ganges oder Mißbildungen der Tuben. 2. Teile des Wolffschen Ganges. 3. Reste des Wolffschen Körpers. 4. die Serosa. 5. die entzündlich veränderte Tubenschleimhaut. Einschlägige Fälle: 1. kirschkerngroße Knoten in den Ligamenta lata, als deren Ausgangspunkt das Serosaendothel nachgewiesen wird. Dafür spricht das anormale Verhalten des Serosaendothels, dessen drüsenähnliche Einsenkungen mit Zylinderzellen bekleideter verzweigter Spalträume, die mit dem Bau der Tumorkanäle übereinstimmen. Die Tumoren stehen durch cytogenes Gewebe mit der Serosa in Zusammenhang; die Richtung der zahlreichen, drüsenähnlichen Tumorkanäle ist die gleiche wie die der Serosaeinstülpungen. 2. In den Tubenecken haselnußgroße Cysten, die von der Tubenschleimhaut ausgingen auf der Basis einer Salpingitis. Das Gesamtbild entspricht der Salpingitis nodosa von Maresch. 3. Rundlicher Tumor des rechten Tubenwinkels, bei dem es sich wahrscheinlich um eine kongenitale Mißbildung des Müllerschen Ganges handelt. 4. Fester Strang im rechten Ligamentum sacrospinosum. Entfernung eines walnußgroßen Pakets Narbengewebes an der rechten Spina ischiadica durch vaginale Incision. Die Knötchen bestehen im wesentlichen aus Bindegewebe mit vielen Gefäßen und wenig Muskelfasern, haben kleinzellige Infiltrationen und zeigen drüsenähnliche Schläuche mit Zylinderepithel. Herkunft nicht festzustellen. Entstehung vielleicht auf der Basis von Verletzung der Scheide und Versprengung von Zellen der Scheidenschleimhaut in die Tiefe bei einem früheren Abort oder Partus. *Moos* (Breslau).

Bauchorgane:

● **Dobbert, Th.: Rückblicke auf eine 2. Serie von 500 Laparotomien.** Leipzig: J. A. Barth. 1913. 18 S. M. 0.75.

Bevers, Edmund C.: Some conditions which mimic the acute abdomen. (Vortäuschung akuter Abdominalerkrankung.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 4, S. 560—570. 1913.

Vortäuschung von Appendicitis durch 1. Nierenkolik, Strangulation einer Wanderniere. Hierfür spricht die Ruhelosigkeit des Patienten; Peritonitiden pflegen im akuten Stadium den Kranken zu möglichster Bewegungslosigkeit zu veranlassen. 3 Fälle. 2. Kolik mit Gastroenteritis. Nach Autor sind Durchfälle im Beginn einer akuten Abdominalerkrankung selten.

3. Menstruation bei Neurotischen. 4. Hysterie. 2 Fälle. 5. Neuritiden (Ischias). — Vortäuschung von Magen- oder Duodenumperforation durch Ulcera, Gastroenteritis, Gallensteine im gemeinsamen Gallengang. — Thoraxerkrankungen, besonders Pleuropneumonien verlaufen im Beginn oft mit Schmerzen und Spannung im Abdomen. Äther bei der anscheinend indizierten Operation kann verhängnisvoll wirken. — Eine Fehldiagnose in dieser Richtung entsteht manchmal durch Purpura, namentlich wenn die Flecken wenig ausgesprochen. Besonders bei Kindern ergibt sich hier unbegründeter Verdacht auf Intussuszeption. *Mohr.*

Comolli, Antonio: Anormale evoluzione del peritoneo, dell'ansa ombelicale primitiva e del mesentere comune. (Abnorme Entwicklung des Peritoneums der primitiven Nabelschlinge und des Mesenterium commune.) (*Istit. clin. d. perfezionam., Milano.*) Policlinico, sez. chirurg. Jg. **20,** Nr. 9, S. 418—432. 1913.

Ausführliche Beschreibung der bei einer Frau gefundenen Situsanomalie: tief auf der linken Seite liegendes Coecum, tiefliegendes, größtenteils freibewegliches Colon ascendens und transversum, persistierendes Mesocolon ascendens, tiefliegende Flexura hepatica, nur teilweise Anheftung des Mesenteriums an der hinteren Bauchwand, Vergrößerung und Senkung der Leber, abnorme Entwicklung des unteren Teils der rechten Niere und Senkung derselben. Eingehende entwicklungsgeschichtliche Erörterung und Besprechung der klinischen Bedeutung derartiger Entwicklungshemmungen. *Albrecht* (München).

Santi E.: Fibroma originatosi su cicatrice laparotomica. (Fibrom, in der Laparotomienarbe entstanden.) (*Scuola ostetr. parregg., Arezzo.*) Ginecologia Jg. **10,** Nr. 6, S. 177—187. 1913.

Faustgroßes Fibrom in der Bauchnarbe, 3 Jahre nach vorausgegangener Ventrifixation entstanden. Eingehende Beschreibung des Falles, zusammenfassende Literaturübersicht über Bauchdeckenfibrome und Erörterung ihrer Aetiologie. *Albrecht* (München).

Orlovius: Die moderne peritoneale Wundbehandlung. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. **5,** H. 2, S. 212—218. 1913.

Am wichtigsten bei der peritonealen Wundbehandlung ist sorgfältige Blutstillung und Verhütung von Infektion durch peinliche Asepsis. Desinfektion der Haut und Scheide mit Jod. Desinfektion der Hände mit Wasser und Seife, dann mit Alkohol; Gebrauch von Gummihandschuhen. Aus histologischem Befund des Peritoneums keine Prognose auf etwaige Infektion stellbar. Keine Operation bei Hämoglobingehalt unter 40%. Gegen die Blutdrucksenkung bei Peritonitis Pituitrin. Hauptwert ist auf gute Technik zu legen. Gut geeignet für gynäkologische Operationen ist die Lumbalanästhesie und die Beckenhochlagerung. Sorgfältige Peritonisierung, wenn nicht möglich Drainage. Prophylaktische Mittel gegen Peritonitis wie Injektion von Campheröl, Nucleinsäure und Vaccine haben wenig Wert. Die Darmperistaltik ist bald (am 2. Tag) in Gang zu bringen. *Schneider* (Tübingen).

Broun, Le Roy: Profuse intraabdominal hemorrhage without evident explanation. (Profuse intraabdominale Blutung ohne auffindbaren Ausgangspunkt.) (New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 3, S. 558 bis 560. 1913.

45 jährige Frau, Virgo, am ersten Tag einer Menstruation plötzlicher Kollaps mit den Erscheinungen einer intraabdominalen Blutung. Operation 6 Tage später ergab reichlich altes Blut in der Bauchhöhle, die Adnexe waren frei, keine Blutung aus einem Corpus luteum nachweisbar, am Uterus multiple Fibrome (supravaginale Amputation). Absuchen der Bauchhöhle ergab keine auffindbare Blutungsquelle. *Albrecht* (München).

Gladstone, Reginald J.: A case of congenital atresia of the duodenum, accompanied by volvulus of the ileum. (Ein Fall von kongenitaler Atresie des Duodenum, begleitet von Volvulus des Ileum.) Journal of anat. a. physiol. Bd. 48, Nr. 1, S. 47 bis 51. 1913.

Aubry, Paul: Appendicite et tuberculose pulmonaire. (Appendicitis und Lungentuberkulose.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31,** Nr. 17, S. 321—326. 1913.

Lindemann, G.: Die chronische Blinddarm- und Dickdarmentzündung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 1, S. 219—225. 1913.

Verf. faßt die chronische Blinddarmentzündung als Teilerscheinung eines erkrankten Dickdarms auf, als dessen integrierenden Bestandteil er die Appendix betrachtet wissen will. Die Indikation zur operativen Behandlung ist natürlich schwieriger als bei

der akuten Appendicitis, läßt sich aber nach des Verf. Ansicht bei längerer Beobachtung doch mit Sicherheit stellen. Da es sich meist um Veränderungen im ganzen Dickdarm handelt, kommen außer der Appendektomie eine Reihe anderer chirurgischer Maßnahmen zur Beseitigung der Beschwerden in Betracht. Fixation des Coecum mobile, Appendikostomie bei Kolitis, Enteroanastomosen bei gewissen Obstipationsformen. Besonders betont wird eine gründliche interne Vor- und Nachbehandlung. *Kalb.*

Royer, E. Ray: Some observations on acute appendicitis. (Einige Beobachtungen über akute Appendicitis.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. **9**, S. 388—391. 1913.

Appendicitis ist eine Infektionskrankheit ähnlich anderen infektiösen Darmerkrankungen. Bei akuten Entzündungen der Darmwände, besonders, wenn die Blutzufuhr plötzlich abgeschnitten wird und die Lichtung des Wurmfortsatzes zur geschlossenen Höhle wird, sei es durch Schwellung der Schleimhaut, durch Strangulation oder Obstruktion, nehmen an sich harmlose Organismen (Bact. coli) schnell hochpathogene Eigenschaften an. In Anbetracht der Unzuverlässigkeit klinischer Zeichen für den pathologisch-anatomischen Zustand wird Frühoperation bis auf die allerleichtesten Fälle empfohlen. *zur Verth* (Kiel).

Santy et Durand: Tuberculose iléocaecale hypertrophique chez une tuberculeuse pulmonaire. Amélioration considérable de l'état général et pulmonaire après une intervention radicale et sous l'influence d'un traitement arsenical intensif (salvarsan). (Hypertrophische Ileocöcaltuberkulose bei einer Lungentuberkulösen. Besserung des allgemeinen und Lungenzustandes nach einer Radikoloperation und unter dem Einfluß einer intensiven Arsenbehandlung [Salvarsan].) Lyon méd. Bd. **121,** Nr. 31, S. 181—190. 1913.

24jährige schwer lungenkranke Patientin wird eingeliefert mit starken Schmerzen im Abdomen, besonders in der Ileocöcalgegend, wo auch neben der Schmerzempfindlichkeit des ganzen Abdomens ein seitlich frei beweglicher Tumor dem unteren Ileum, Coecum und ansteigenden Kolon angehörend palpiert wird. Trotz des vorgeschrittenen Lungenprozesses wird eine Radikaloperation des unteren Ileum, Coecum und Colon ascendens mit den dazugehörigen Drüsen vorgenommen und nach der Resektion das infolge der Stenose hypertrophische Ileum mit dem Colon transversum in einer Sitzung zirkulär vereinigt (ein bei der Operation vorgefundenes Meckelsches Divertikel wird darin gelassen). Primäre Heilung. Die Patientin wird dann noch auf der inneren Abteilung weiter nachbehandelt und hauptsächlich einer Arsenkur unterzogen, in deren Verlauf sie außerdem noch in 7 Sitzungen 10 cg Salvarsan einverleibt bekommt. Danach auffallende Besserung des Allgemeinzustandes und vor allem auch Rückgang der Erscheinungen auf beiden sehr weit angegangenen Lungen; in 5 Monaten Gewichtszunahme von 28 kg; ebenso hob sich die agglutinierende Kraft des Blutserums von 20 auf 40.

Nach den Erfahrungen Santys und Durands soll man sich bei hypertrophischer Ileocöcaltuberkulose in seinen Operationen nicht nur auf Patientinnen beschränken, die anscheinend frei von Lungentuberkulose sind und nur lokale Tuberkulosen haben, sondern seine Operationsgrenzen entschieden weiter stecken. Zu empfehlen ist bei den Radikaloperationen die einzeitige Ileocoloanastomose am besten End-zu-End. Eine gründliche Nachbehandlung ist selbstverständlich und der vorliegende Fall beweist deutlich, daß bei der schweren Allgemeinerkrankung und der gründlichen Operation Aussicht auf Erfolg besteht. *Penkert* (Halle a. S.).

Binet, E.: Lithiase biliaire et lithiase intestinale. (Gallenstein und Darmstein.) Clinique (Brüssel) Jg. **27,** Nr. 39, S. 609—613. 1913.

Häufig verbunden mit Gallensteinen finden sich Darmsteine. Als Ursache nimmt Verf. mit anderen Autoren eine Disposition mancher Familien und Individuen an. Die Darmsteine sind häufig die Folge der Gallensteine. Verf. bespricht dann eingehend die Symptome der Gallen- und der Darmsteine und ihre Differentialdiagnose. Obwohl in manchen Fällen aus gewissen Symptomen eine sichere Diagnose gestellt werden kann, so hält Verf. es doch für unerläßlich notwendig, den Stuhl zu untersuchen. *Schneider* (Tübingen).

Termier: Volumineux cancer du caecum et du côlon ascendant, extirpation et iléo-colostomie termino-terminale en un seul temps. (Umfangreicher Krebs

des Coecums und Colon ascendens, Exstirpation und einzeitige End-zu-End-Ileo-colostomie.) Gaz. de gynécol. Bd. 28, Nr. 653, S. 265—266. 1913.

42jährige Frau, bis dahin stets gesund, erkrankte an leberkolikartigen Schmerzen in der rechten Flanke, ungefähr vor 2 Jahren. Patientin konnte weiterhin ihre Arbeit zur Not verrichten, magerte aber bei andauernd flüssiger Kost ziemlich ab. Es wurde ein Tumor in der Gegend des Proc. vermiformis festgestellt. Operation: Entfernung des Coecum und Colon ascendens mit einem Stück Ileum und den benachbarten Drüsen. End-zu-End-Vereinigung des geblähten Ileum mit dem Colon transversum in einer Sitzung, Dauer 1 Stunde 5 Minuten.

Verf. empfiehlt bei Resektionen des Coecum und Colon ascendens die zirkuläre Vereinigung des Ileum und Colon transversum einzeitig auf Grund von 4 wohlgelungenen Fällen. *Penkert* (Halle a. S.).

Grad, Hermann: Echinococcus cyst of the liver. (Echinococcuscyste in der Leber.) (New York acad. of med., sect. on ebstetr. a. gynncol., meet. 24. IV. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 3, S. 553—557. 1913.

Klinischer Vortrag über Echinococcus beim Menschen mit Beschreibung eines durch Operation geheilten Falles von Leberechinococcus bei einer 24jährigen Frau. *Albrecht.*

Milkó, Wilhelm: Über Gallensteinileus. Pest. med.-chirurg. Presse Jg. 49, Nr, 43, S. 349—351. 1913.

● **Kehr, Hans: Die Praxis der Gallenwege-Chirurgie. 2 Bde.** München: J. F. Lehmanns Verlag. 1913. M. 30.—.

Harnorgane:

● **Hiblot, L.: Du pronostic éloigné de l'albuminurie chez les femmes.** (Spätere Prognose der Albuminurie bei Frauen.) Paris: Vigot frères 1913. Frcs. 2.—.

Hastings, J. P.: Some observations on urinary calculi. (Einige Beobachtungen über Harnsteine.) Austral. med. gaz. Bd. 34, Nr. 12, S. 266—268. 1913.

Pettis, John H.: A case of neoplasm of the remains of the Wolffian body simulating hypernephroma. (Ein Fall von Neubildung der Reste des Woffschen Körpers, die ein Hypernephrom vortäuschte.) Physician a. surg. Bd. 35, Nr. 1, S. 27—30. 1913.

Krankengeschichte einer 39jährigen Frau, die linkerseits einen Tumor der Nierengegend, rechts eine stark vergrößerte, sehr schmerzhafte Leber aufwies. Bei der Laparotomie zeigte sich die Leber mit Metastasen durchsetzt, der Tumor der linken Nierengegend imponierte als Hypernephrom, das z. T. cystisch degeneriert und mit verändertem Blut angefüllt war. Erst die mikroskopische Untersuchung klärte den Fall auf: Es handelte sich um eine teratoide Cyste des Woffschen Körpers, in der gewisse Partien den Übergang zum Adenocarcinom sehr schön zeigten. Es scheint sich darnach um ein primäres Carcinom des Woffschen Körpers oder Ganges zu handeln. Die Metastasen der Leber erwiesen sich z. T. als Medullar —, z. T. als Adenocarcinome. *Kneise* (Halle a. S.).

Pasteau et Belot: Radiologie clinique d'un calcul urétéral. (Röntgenuntersuchung eines Uretersteines.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. 5, Nr. 47, S. 271—274. 1913.

Verff. beschreiben an der Hand eines von ihnen beobachteten Falles die vielen diagnostischen Vorteile der Radiographie. Bei einem etwa dreißigjährigen Manne ließ sich im Röntgenbilde sehr deutlich im pelvinen Teil des linken Ureters, 4 cm über dem Orificium uretericum ein Stein nachweisen. Vor jeder Operation ist eine Röntgenaufnahme durchaus erforderlich, welche uns über die Existenz, das Volumen, die Form, Richtung, Eigenarten der Struktur und Anzahl der Steine sichere Auskunft gibt. Nach Collargolinjektion läßt sich auch der Zustand des Ureters in der Umgebung des Steines erkennen und durch Uretherenkatherismus die Funktion der Niere. *Hirschberg* (Berlin).

Baer: Lithotripsie eines walnußgroßen Steines (Inkrustation) und nachfolgende Extraktion einer Haarnadel aus der Blase eines siebenjährigen Mädchens. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 38, S. 2118—2119. 1913.

7½jähriges Mädchen, wegen Blasenbeschwerden schon längere Zeit in Behandlung, mit einer Blasenkapazität von 20 ccm, sollte wegen Verdachts auf Steine durch Sectio alta operiert werden. Cystoskopie unmöglich, Röntgenaufnahme ergibt Stein um eine Haarnadel herum. Sectio alta von den Angehörigen abgelehnt. Daher Lithotripsie, es gelingt nicht mit dem Lithotriptor die vom Stein befreite Haarnadel zu drehen. Daher Abwarten. Miktion nach der Lithothripsie besser. Bei einer nochmaligen Röntgenaufnahme zeigt sich die Nadel in der Lage unverändert, nur die beiden Schenkel sind durch den Lithotriptor übereinandergeschlagen,

Einstellung der Nadel im männlichen Oberländer-Valentineschen Endoskop und Hereinziehen der Nadel mit einem kleinen Fremdkörperhaken in das Endoskoprohr. Nach 8 Tagen völlige Heilung der sämtlichen Blasenbeschwerden. *Penkert* (Halle a. S.).

Muller: Abcès sous-urétral chez la femme. (Suburethraler Absceß bei der Frau.) Gaz. de gynécol. Bd. **28**, Nr. 655, S. 297—301. 1913.

Im Anschluß an einen selbstbeobachteten Fall erörtert Verf. das klinische Bild dieser Erkrankung, die sich schleichend, aber auch ganz akut bei Frauen einstellen kann, die schon eine Zeitlang an Fluor gelitten haben. Auf dem Höhepunkt der Erkrankung fühlt man einen nach der Scheide zu vorspringenden fluktuierenden Tumor; bei Druck auf denselben entleert sich Eiter aus der Urethra, wenn eine Kommunikation zwischen Absceß und Urethra besteht. Differentialdiagnostisch kommen höchstens die Cystocele, Urethrocele und die Vaginalcysten in Betracht. Diese suburethralen Abscesse entstehen meistens durch Infektion der Skeneschen Drüsen mit Gonokokken, Staphylo- und Streptokokken und Kolibacillen; es können jedoch auch Hämatome und kleine Einrisse des Septum urethro-vaginale, wie sie unter der Geburt vorkommen, ferner Fremdkörper in der Urethra den Ausgangspunkt solcher Abscesse bilden. Die Prognose derselben ist eine gute, wenn möglichst bald durch Incision von der Scheide aus für den Abfluß des Eiters gesorgt wird; andernfalls können Urethrovaginalfisteln entstehen, wenn sich der Eiter von selbst sowohl nach der Urethra wie nach der Scheide hin Bahn bricht. *Keller* (Zürich).

Parham, F. W.: The operative treatment of inaccessible vesico-vaginal fistulae. (Die operative Behandlung unzugänglicher Vesico-vaginal-Fisteln.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66,** Nr. 4, S. 282—285. 1913.

In einem Falle, in dem nach totaler Uterusexstirpation eine Blasenscheidenfistel, „unerreichbar", weil hoch im Vaginalgewölbe in Narbengewebe sitzend; zurückblieb, die durch andere operative Maßnahmen nicht zum Verschluß gebracht werden konnte, hat sich die von Ward empfohlene Operation bewährt. Das Wesentliche an ihr ist die Freilegung und Mobilisierung der Blase; dadurch wird die Fistel zugänglich gemacht. *Blanck* (Potsdam).

● **Fromme, Fr., und O. Ringleb: Lehrbuch der Cystophotographie, ihre Geschichte, Theorie und Praxis.** Wiesbaden: Bergmann. 1913. VIII, 86 S., 7 Taf. M. 15.—.

Pedersen, Victor Cox: A case of exploded urethrascopic lamp: removal of fragments without operation or subsequent symptoms or sequels. (Ein Fall von Explosion einer urethroskopischen Lampe: Entfernung der Bruchstücke ohne Operation und ohne nachfolgende Symptome oder Folgeerscheinungen.) Med. record Bd. **84**, Nr. 4, S. 158—159. 1913.

Pedersen fand beim vorsichtigen Einschieben einer neuen Lampe die Trümmer der zersprungenen im Endteil des Tubus und konnte sie durch das Hinausziehen des letzteren vollständig mitentfernen. *Colmers* (Coburg).

Pasteau, O.: Sonde urétérale graduée pour la radiographie. (Graduierte Sonde für Radiographie.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. 5, Nr. 47, S. 274—275. 1913.

Beschreibung eines neuen graduierten Uretererkatheters, welcher auch auf dem Röntgenbilde die einzelnen Zentimeter erkennen läßt. Zu beziehen ist er durch die Firma Eynard in Paris. *Hirschberg* (Berlin).

De Smeth, Jean: La pyélographie. (Die Pyelographie.) Journal méd. de Bruxelles Jg. **18,** Nr. 41, S. 423—424. 1913.

Verf. beschreibt die von ihm angewandte Technik. Verwendung von Gummisonden mit Bleioxyd. Langsame Injektion von 10proz. Collargollösung bis zum Auftreten von Schmerzen. Während der Aufnahme bleibt die Sonde liegen. Eine Nachspülung des Nierenbeckens ist unnötig, da das Collargol selbst antiseptisch wirkt. Beschreibung zweier Fälle mit Wiedergabe von 4 Radiogrammen, die den Wert der Pyelographie zeigen. *Engelhorn* (Erlangen).

Adams, G. S., and E. V. Eyman: The phenolsulphonephthalein test for estimating renal function. (Die Phenolsulfophthaleinprobe in der funktionellen Nierendiagnostik.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 19, S. 547—553. 1913.

Empfehlung der von Rowntree und Geragthy 1910 eingeführten Probe auf Grund eigener Erfahrungen (118 Fälle). *Liek* (Danzig).

Mamma:

Gosset, A., et P. Masson: Soixante-quinze cas de tumeurs du sein. Étude anatomo-pathologique. (Fünfundsiebenzig Mammatumoren. Eine anatomisch-pathologische Studie.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. 21, Nr. 4, S. 257—306. 1913.

Sehr ausführliche pathologisch-anatomische Untersuchungen von 75 Mammatumoren. Verteilung auf die verschiedenen Erkrankungen: 52 Epitheliome, 15 Adenofibrome, 36 cystische Erkrankungen, 3 tuberkulöse Affektionen und 1 Sarkom; zum Teil wurden zu gleicher Zeit in einer Mamma mehrere Affektionen gefunden. — Sehr wichtig ist, daß möglichst große Schnitte angefertigt werden. — Die wichtigsten Schlußfolgerungen der Arbeit sind: Die cystische Erkrankung der Mamma, die entzündlichen Ursprungs zu sein scheint, schafft eine Disposition für Carcinom. — Die ersten Anfänge des Carcinoms lassen sich weder klinisch, noch makroskopisch, sondern nur histologisch feststellen. *Ruhemann* (Berlin).

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Kay, J. A.: A new ovum and its miracidium. (Ein neues Ei und sein Miracidium.) Practitioner Bd. **91,** Nr. 4, S. 580—582. 1913.

Nicht von Interesse für den Gynaekologen. *Mohr* (Berlin).

Neu, M., und Fritz Keller: Zur Funktion der Leber in der Gravidität. (*Frauenklin., Univ. Heidelberg.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 4, S. 383 bis 393. 1913.

Verf. berichten über Blutzuckerbestimmungen bei normalen Frauen und normalen Graviden. Zunächst wurde bei 10 Graviden die Lävulosurie geprüft; nur bei 2 Frauen erzeugte die orale Verabfolgung von 100 g Lävulose deutliche Reduktion im Urin. Die nach der durch Tachau verbesserten Knappschen Methode angestellten Untersuchungen über den Blutzuckergehalt ergaben, daß eine gewisse Labilität für die Lävuloseassimilation während der Gravidität zu bestehen scheint. Die Frage, inwieweit dabei die Leberfunktion oder andere Drüsenfunktionen in Betracht kommen, muß offengelassen werden. *Engelhorn* (Erlangen).

La Torre, Felice, Delle false gravidanze. (Falsche Schwangerschaft.) Clin. ostetr. **15,** S. 97—105, 121—129, 145—154, 169—180, 193—202, 217—221, 241—250, 265—276, 289—297, 313—325, 337—347 u. 361—375. 1913.

Verf. bezeichnet damit irrtümliche Diagnose und Einbildung, bzw. Simulation einer Schwangerschaft. Er führt differential-diagnostisch die zahlreichen Erkrankungen und Symptome an, die bei Arzt und Patientin dazu führen können, eine Gravidität zu vermuten. Ebenso erörtert Verf. die Gründe, die zur Simulation Anlaß geben. Eine große Zahl von einschlägigen Fällen aus eigener Praxis und Literatur begleitet die Arbeit. *Berberich* (Karlsruhe).

Gross, Georges, et Fruhinsholz: Un cas de grossesse normale après hémihystérectomy pour hématométrie dans un utérus double. (Ein Fall von normaler Schwangerschaft nach Hemi-Hysterektomie wegen Hämatometra in einem Uterus duplex.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10,** H. 9, S. 507—512. 1913.

Bei einer 21 jährigen Patientin, die seit ihrem 13. Lebensjahre an reichlichen und sehr schmerzhaften Menstruationsblutungen leidet, sistiert plötzlich der Blutabfluß. Klinisch läßt sich links neben dem anscheinend normalen Uterus eine schmerzhafte Anschwellung feststellen, die als Hämatosalpinx angesprochen wird. Bei der Operation (5. Januar 1908) findet sich indes außer einer Blutansammlung in der linken Tube ein geteilter Uteruskörper, dessen linke Hälfte infolge einer Hämatometra kindsfaustgroß geworden ist. Oberhalb der Cervix besteht eine fingerdicke Verbindungsbrücke. Abtragung des linken Uteruskörpers nebst Tube. Drainage. Heilverlauf ungestört. Nach drei Wochen Wiederkehr der Menstruation, vollständig beschwerdefrei. Am 25. Januar 1913 spontane Entbindung, geringe Verzögerung der Geburtsdauer. Gewicht des Kindes 2400 g. Normales Wochenbett.

Bei einem Uterus bicornis unicollis, der durch Hämatometra kompliziert ist, sollte heute die subtotale Hemi-Hysterektomie als Operation der Wahl gelten. Die Literatur

hat bisher 19 derartig behandelte Fälle aufzuweisen. Über eine Schwangerschaft in dem zurückgelassenen Uteruskörper, die zur Geburt eines lebensfähigen Kindes führte, liegt noch keine weitere Mitteilung vor. *Holste* (Stettin.)

Samuels, Jules: Über extrachoriale Fruchtentwicklung im Anschluß an drei Fälle. (*Univ.-Frauenklin., Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **73**, H. 3, S. 631—695. 1913.

Die extrachoriale Fruchtentwicklung ist ein ziemlich seltenes, doch klinisch und anatomisch scharf umschriebenes Krankheitsbild. — Dieser Prozeß zeigt mit den beschriebenen Fällen von extraamnialer Fruchtentwicklung Ähnlichkeit. Er unterscheidet sich von dieser nur durch die Phase der Fruchtentwicklung, in welcher die Ruptur stattfand. Bei der extraamnialen Fruchtentwicklung findet die Störung in einer Zeit statt, wo sich das Amnion noch nicht gegen das Chorion angelegt hat, d. h. vor Anfang des dritten Monats der Gravidität. Bei der extrachorialen Fruchtentwicklung dagegen tritt die Störung ein, bevor parietalis s. vera mit der capsularis s. reflexa verklebt ev. verwachsen ist, wahrscheinlich jedoch nach der Verklebung des Chorions und Amnions, aber in dem dritten und vierten Monat der Fruchtentwicklung. Die Ruptur in den späteren Monaten endlich bei ungestörter intramembranöser Entwicklung der Frucht entsteht nach der Verwachsung von Capsularis und Parietalis, also in und nach dem fünften Monat, ist aber von der extrachorialen Fruchtentwicklung nicht wesensverschieden. — Das als „Hydrorrhoea gravidarum s. decidualis" bezeichnete Krankheitsbild, ist eine in den späteren Monaten der Gravidität entstandene Ruptur, oft hoch über dem Ostium internum. Verf. schlägt vor, statt „Hydrorrhoea decidualis" „Ruptur der Eihäute in den späteren Monaten" zu sagen oder auch „Hydrorrhoea mit ungestörter intramembranöser Fruchtentwicklung". — Als Ursache der Ruptur, die in endo- und exogenen Störungen gesucht wird, könnte auch wohl zuweilen eine artifizielle Unterbrechung der Schwangerschaft in Betracht kommen, wobei nach Abfließen des Fruchtwassers die Geburt deshalb nicht zustande kommt, weil der sich den neuen Verhältnissen anpassende Uterus eine gewisse Indolenz zeigt, wie bei „Missed labour" und „Missed abortion". — Das Studium der betreffenden makro- und mikroskopischen Präparate gibt noch keine Klarheit darüber, wo das Fruchtwasser produziert wird. — Das Entstehen der Placenta marginata in den Fällen von normaler intramembranöser und der Placenta marginata bei extrachorialer Fruchtentwicklung ist in Störungen in der physiologischen Einpflanzung des Eies, ev. der Placenta zu suchen. — Ausführliche Literaturangaben, 12 Textabbildungen. *Harm* (Dortmund).

● **Labourdette, P.: Gros placenta et syphilis.** (Große Placenta und Syphilis.) Paris: Vigot frères. 1913. Frcs. 2.—.

Rouvier, J.: Mort du foetus au cours du 5e mois de la grossesse, sa rétention jusqu'au terme de cette grossesse. (Absterben des Foetus im 5. Schwangerschaftsmonat. Seine Retention bis zum Ende der Schwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 6, S. 564—569. 1913.

27jährige II-p. regelmäßig menstruiert, I. Schwangerschaft Abort im 3. Monat. In der II. Schwangerschaft im 5. Monat nach einem Fall leichte Blutung und Schmerzen im Leib. Untersuchung ergab abgestorbene Schwangerschaft Ende des IV. Monats. Am Ende der Schwangerschaft Ausstoßung des mumifizierten Fötus. Gewicht 30 g, Länge 13 cm. Die Placenta war geschrumpft und verdickt. Gewicht 40 g, Dicke zwischen 13 und 14 mm. Histologisch zeigte die Nabelschnur fibrilläre Struktur der Whartonschen Salze. Die Gefäße im Chorion waren ringsum sklerosiert. Beinahe vollständige Obliteration der arteriellen Nabelschnurgefäße. Die Intima war intakt. In der Placenta fanden sich diffuse Kalkablagerungen. In den gut durchbluteten Gewebspartien Infiltration.

Verf. führt noch 2 gleiche Fälle aus der Literatur an. Besprechung der Diagnose. Durch Länge und Gewicht wurde das Alter des Foetus festgestellt, ebenso durch eine Röntgenaufnahme. Dieselbe zeigte die für den 4. Monat charakteristischen Merkmale: Verknöcherung am 1. Kreuzbeinwirbelkörper und am Schambein. Auch der 2. Kreuzbeinwirbel war verknöchert, was nur im 5. Monat der Fall ist. *Schneider.*

Enderle, Walter: Seltener Fremdkörper im schwangeren Uterus. (*Marienhosp., Stuttgart.*) Med. Korrespondenz-Bl. d. Württemberg. ärztl. Landesver. Bd. **83**, Nr. 40, S. 628—629. 1913.

Die 29jährige Patientin wird im 7.—8. Schwangerschaftsmonat wegen fieberhaften Magen-Darmkatarrhs und Verdachts auf Typhus eingeliefert. Es bestehen Kopfweh, Fieber (39,9), Bauchschmerzen, Erbrechen und Durchfall. Leib stark aufgetrieben, druckempfindlich, besonders rechts. Puls klein, rasch. Nach 2 Stunden treten Wehen auf; nach weiteren 20 Minuten Geburt eines toten, 4 Pfund schweren Mädchens. Nach erfolglosem Credé wird bei der sehr erschöpften Patientin im Ätherrausch die Placenta manuell gelöst, dabei fühlt man im rechten Uterushorn einen länglichen, harten Körper, der sich nach vollständiger Entfernung der Placenta und der Eihäute als ein abgebranntes Streichholz entpuppte. Tamponade. Nach 2 Tagen Exitus an Herzschwäche unter dem Bild der allgemeinen Sepsis. Auf welchem Wege und zu welchem Zwecke der Fremdkörper in den Uterus gebracht wurde, konnte nicht ermittelt werden. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Potherat, Gabriel: A propos de deux cas de grossesse extra-utérine rompue. (Über 2 Fälle von rupturierter Tubenschwangerschaft.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 39, S. 762—763. 1913.

Erster Fall: eine 27jährige Nullipara, die durch sofortige Laparatomie nach 4 Wochen glatt geheilt wurde. Im 2. Fall handelt es sich um eine 38jährige III-Para, die unter stürmischen Abdominalerscheinungen erkrankt, sofort probelaparatomiert wurde, wobei sich ein harter, verkalkter Tumor fand. Temperatursteigerungen. 3 Wochen später wurde mittels hinterer Kolpotomie reichlich Eiter entleert; einige Tage später zeigte sich Ikterus und starke Schmerzhaftigkeit der Lebergegend. Injektion von Electrargol. Schließliche Genesung. Schlüsse: Bei einer Frau, die im Verlauf der ersten Schwangerschaftshälfte plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leib ohne besondere nachweisbare Ursache erkrankt, ist in erster Linie an Extrauteringravidität zu denken. Bei sicherer Diagnose ist die sofortige Operation angezeigt, da bei exspektativer Therapie 95% verloren sind. *Franz* (Nürnberg).

● **Hénault, L.: La grossesse extra-utérine précoce.** (Frühzeitige Extrauteringravidität.) Paris: A. Maloine. 1913. Frcs. 3.50.

Delmas, Paul: Salpingectomie pour grossesse tubaire. (Tubenexstirpation wegen Tubargravidität.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 6, S. 589—590. 1913.

Schilderung eines Krankheitsfalles, bei dem die Diagnose erschwert war dadurch, daß infolge von Verwachsungen die schwangere Tube vor dem Uterus lag. *Jaeger* (München).

Arnold, I. A.: Bilateral pyosalpinx ectopic gestation. (Doppelseitiger Pyoxalpinx bei ektopischer Schwangerschaft.) Internat. journal of surg. Bd. **26**, Nr. 7, S. 249—251. 1913.

Bei einer 26jährigen Frau, die 2 Geburten und 1 Abort durchgemacht hatte, wurde eine intakte rechtsseitige Tubargravidität festgestellt. Die Operation wurde verweigert. Von anderer Seite wurde dann wegen Blutung in der Annahme eines inkompletten Aborts ein Curettement ausgeführt. Danach wochenlang hohes Fieber. Schließlich Operation und Entfernung beiderseitiger großer Pyosalpingen mit intaktem Ei auf der rechten Seite. Heilung. *Moos.*

Viannay, C.: Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse traités par la transfusion directe du sang de femme enceinte. (Über einen Fall von unstillbarem Erbrechen in der Schwangerschaft und dessen Behandlung durch direkte Bluttransfusion von einer Schwangeren.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 39, S. 761—762. 1913.

Die 28jähr. Pat., die 2 Aborte hatte, von denen der erste wegen unstillbaren Erbrechens künstlich eingeleitet worden war, bekam bei der 3. Schwangerschaft im 2. Monat wieder heftiges Erbrechen. Wegen des unaufhörlichen Erbrechens und der starken Abmagerung entschloß sich Verf. zur Bluttransfusion, die er nach der Elsbergschen Technik ausführte. Nach der Transfussion hörte das Erbrechen fast ganz auf. Die Schwangerschaft der Blutspenderin nahm einen normalen Verlauf. Bei der Empfängerin trat anfänglich leichter Ikterus auf. 2 Monate nach der Transfusion erfolgte der Abort. Wegen dieses neuen Falles von spezifischer Behandlung und der nach Verf. Meinung noch unveröffentlichten Anwendung der Bluttransfusion bei unstillbarem Erbrechen, hält er den Fall der Veröffentlichung wert, trotzdem die Schwangerschaft nicht ausgetragen wurde. Könne durch Injektion von Pferdeserum der gleiche Erfolg erzielt werden, so sei Injektion von Serum oder Bluttransfusion nicht gerechtfertigt. *Schneider* (Tübingen).

Lepage, G., et Tiffeneau: Notes sur deux cas de vomissements graves de la grossesse. (Bericht über zwei Fälle von schwerem Schwangerschaftser-

brechen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 545 bis 558. 1913.

In dem einen Falle einer 36jährigen I-Para gelang es durch Injektion von 12 bzw. 35 ccm Schwangerenserum eine sofortige Besserung, vor allem Ansteigen der Urinmenge von 7—800 auf 2000 ccm zu erzielen; während in dem zweiten Falle durch die einmalige Injektion von 20 ccm Diphtherieserum und 3 Tage später 20 ccm Schwangerenserum keine Besserung erzielt wurde, nachdem vorher schon mit reichlichen Adrenalingaben ein Erfolg ausgeblieben war und dann die Schwangerschaft unterbrochen werden mußte. — Im zweiten Falle wurden sehr interessante Stoffwechseluntersuchungen angestellt, nähere Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Die Störungen des Stickstoffstoffwechsels bei Schwangeren mit schwerem Erbrechen ähneln denen bei der Inanition. Je stärker diese ist, desto schwerwiegender werden die Schwankungen des Arthus-Maillardschen Koeffizienten. Diese Schwankungen sind deutlicher und leichter zu konstatieren als die der Oxybuttersäuren und Ketonsäuren, und man sollte daher in der Klinik mehr auf sie zurückkommen. Bei brüskem Abfall des Koeffizienten soll man an die Unterbrechung der Schwangerschaft denken. Der nützliche Einfluß der alkalischen Mittel ist bei der Behandlung des Schwangerschaftserbrechens nicht zu leugnen, sie beseitigen die Grundursache zwar nicht, wirken aber unterstützend, besonders bei der Rekonvaleszenz vor oder nach der Unterbrechung, sie beschleunigen jedenfalls die Rückkehr zum Normalstatus. *Penkert* (Halle a. S.).

Ferré: Spina-bifida et puerpéralité. (Schwangerschaft und Geburt bei Spina bifida.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 316. 1913.

33jährige Frau; lumbale Spina bifida; Vorwölbung von doppelter Daumengröße, von fettreicher Haut bedeckt. 4 Abortus im 3. Monate, einer im 6. Monate, eine Frühgeburt im 8. Monate mit lebendem Kinde. Quecksilberbehandlung seit der 2. Schwangerschaft. Sonstige Anhaltspunkte für Lues werden nicht mitgeteilt. *Schmid* (Prag).

Pierra, Louis: Sur quelques accidents produits par la constipation chez la femme enceinte. (Über einige durch Obstipation erzeugte Störungen bei Schwangeren.) Journal des sag.-femm. Jg. 41, Nr. 18, S. 329—333. 1913.

1. Rein mechanische Störungen. Hierher gehören Appetitlosigkeit, Bauch- und Kreuzschmerzen, Blutstauung im kleinen Becken, Hämorrhoiden. Auch unstillbares Erbrechen sowie Abortus ist mitunter durch schwere Stuhlverstopfung verursacht, ebenso die Retroflexio uteri gravidi. Unter der Geburt können retinierte Fäkalmassen ein Hindernis für den Eintritt des vorliegenden Kindesteiles darstellen; die Hämorrhoiden können den Durchtritt des Kopfes verzögern oder indirekt, infolge der durch sie verursachten Schmerzen, die Wirkung der aktiven Bauchpresse beeinträchtigen. Sekundäre Wehenschwäche kann auftreten, wenn Kotmassen ein beträchtliches Hindernis für die Uterusarbeit abgeben, und in der Nachgeburtsperiode kann es vorkommen, daß gefüllter Darm das kleine Becken ausfüllt und zur Ursache von Nachgeburtsblutungen und von verzögerter Lösung der Placenta wird. Ebenso kann im Wochenbett durch einen Kottumor die Involution gestört sein, ja es kann sogar zu einer Uterusperforation kommen (in einem solchen Falle von Morgan hatten sich bei hochgradiger Obstipation Verwachsungen zwischen Darm und Uterusfundus gebildet, an deren Stelle es dann zu einer abnormen Kommunikation beider Hohlorgane kam, so daß Faeces durch die Darm-Uterusfistel und per vaginam abgingen). Nicht selten kommt es einige Tage nach der Geburt zur Einklemmung von Hämorrhoidalknoten. — 2. Infektiöse Störungen intestinalen Ursprungs. Appendicitis infolge Koliinfektion. Diagnostische Winke zur Erkennung derselben in der Gravidität. Therapeutisch sind Vorschläge zur Darmentleerung durch Abführmittel und Dickdarmspülungen als höchst gefährlich zu verwerfen; die Indikationsstellung zur Operation wird durch die Schwangerschaft höchstens insoferne abgeändert, als der Eingriff noch dringlicher geboten erscheint. Cholecystitis, Pyelonephritis usw. sind ebenfalls häufig durch Bacterium coli bedingt. Im Wochenbett tritt mitunter ein Zustand auf, welchen Budin als Sterkorämie bezeichnet. Hierher gehören auch das Durchwandern der Bacillen durch die durch lange Stauung geschädigte Darmwand mit folgender Koliperitonitis und eine allgemeine Blutinfektion vom Darme aus mit ihren verschiedenen Lokalisationen (Endokarditis, Embolien, Nierenaffektionen mit Albuminurie, Leberschädigung mit Ikterus usw.). — 3. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Sterkorämie und uterine Infektion lassen sich folgendermaßen auseinanderhalten. Bei ersterer Beginn der Erscheinungen ein bis zwei Wochen, bei letzterer drei bis vier Tage post partum. Bei Sterkorämie ist der Leib aufgetrieben, schmerzhaft; neben dem isoliert tastbaren Uterus findet man eine Resistenz oder einen wirklichen Tumor; Lochien geruchlos; manchmal intermittierendes Fieber. Vaginaler Befund: Stuhlmassen im Rectum; Collum uteri geschlossen, während bei puerperaler Infektion der Halskanal offen ist. *Schmid* (Prag).

Scherer, A.: Kasuistisches zur Frage Vitium cordis und Schwangerschaft. (*I. Univ.-Frauenklin., Budapest.*) Gynaekol. Rundsch. Jg. 7, H. 19, S. 695—704. 1913.

51 Fälle, fast ausschließlich inkompensierte Herzfehler, unter 17 260 Geburten der letzten 10 Jahre. 22 Spontangeburten; von den operativen Entbindungen seien angeführt je zweimal Forceps und Champetier-Ballon mit folgender Wendung und Extraktion (bei Kopflage), dreimal Wendung und Extraktion bei Placenta praevia bzw. Querlage, fünfmal Extraktion bei Steißlage, zweimal Perforation, zweimal künstliche Frühgeburt und achtmal Einleitung des Abortus. 11 Todesfälle, von denen 6 durch die Herzerkrankung allein zu erklären sind; bei den übrigen sind noch Nieren- und Lungenkomplikation vorhanden. Detaillierte Beschreibung der elf Todesfälle. Schlüsse werden aus dem mitgeteilten Material bezüglich der Indikationsstellung nicht gezogen; es handelt sich nur um eine exakte Darstellung der gemachten Beobachtungen. *Schmid* (Prag).

Levy-Klotz, Cunéo et A. Pinard: Un cas d'occlusion intestinale pendant la gestation (7e mois environ). Laparotomie, anus caecal, continuation de la gestation. (Ein Fall von Darmverschluß im 7. Schwangerschaftsmonate; Laparotomie, Cöcalafter, Schwangerschaft ungestört.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 148—152. 1913.

21jährige Erstgravide, welche außerdem an Albuminurie leidet, erkrankt im 7. Monate unter Harndrang und heftigen, krampfartigen Schmerzen im Bauche, welche anfangs für Uteruskontraktionen gehalten werden, Erbrechen, Auftreibung des Leibes mit Bauchdeckenspannung und Fieber. Operation unter der Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Appendicitis mit beginnender Peritonitis“: Wurmfortsatz unverändert, Coecum maximal gebläht, Strang von der linken Seitenkante des graviden Uterus zum Übergange der Flexur in das Colon pelvinum; Anlegung eines Anus coecalis, durch welchen sich reichlich Stuhl entleert. Durch 19 Tage zweimal täglich Morphiuminjektionen zur Vermeidung von Wehen; nach Weglassen des Alkaloids spontane Stuhlentleerung per rectum, kurz danach Wehen und Geburt eines 2230 g schweren Kindes, das am Leben bleibt und gut gedeiht. Mit der Placenta zugleich geht ein sehr großes, ältere Veränderungen aufweisendes Blutkoagulum ab. Wochenbettsverlauf glatt. 2 Monate nach der Geburt Verschluß der stark verkleinerten Darmfistel. Vermutlich war der „Strang“ nichts anderes als das Ligamentum infundibulo colicum; es wird angenommen, daß dieses durch das Emporsteigen der Adnexe in der Gravidität gespannt wird und so ein Hindernis für das Kolon abgeben kann. In dem vorliegenden Falle war nach Ansicht der Verff. der Ileus im Anschlusse an die retroplacentare Blutung infolge vorzeitiger Lösung wegen der dadurch bedingten rapiden Vergrößerung des Uterusvolumens aufgetreten. *Schmid* (Prag).

Lepage: Discussion sur la question de l'obstruction intestinale au cours de la gestation. (Diskussion über Darmverschluß während der Schwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 3, S. 142 bis 148. 1913.

20jährige Erstgravide erkrankt im 4. Monate an Influenza und Symptomen von Darmverschluß, welche anfangs wenig ausgeprägt sind und erst am 6. Tage, unter der Diagnose Appendicitis, zur Operation führen; fibrinöse Auflagerungen auf den geblähten, injizierten Darmschlingen, ebenso auf der sonst freien Appendix, welche exstirpiert wird. Ileus besteht weiter; 10 Tage nach der ersten Operation wird bei sehr schlechtem Allgemeinbefinden ein Anus coecalis angelegt, durch welchen sich enorme Massen von Darminhalt entleeren. 5 Tage später spontane Ausstoßung eines toten Foetus von $4^1/_2$ Monaten; künstliche Entfernung der Placenta. Vom folgenden Tage an reichlich Stuhlentleerung per vias naturales. Nach einigen Monaten operativer Verschluß der Darmfistel; glatte Heilung.

In der alten Streitfrage, ob man bei Ileus in graviditate operieren oder zuerst die Entleerung des Uterus ausführen soll, nimmt Lepage folgenden, vermittelnden Standpunkt ein: In den Fällen, bei denen der Darmverschluß nur infolge Kompression durch den graviden Uterus zustandekommt, ohne daß peritoneale Adhäsionen bestehen, ist es angezeigt, den komprimierenden Uterus durch Entleerung zu verkleinern (dieses Verfahren wäre, wie Lepage selbst meint, auch in dem mitgeteilten Falle wahrscheinlich das rationellere gewesen). Besteht aber nach der Anamnese ein Anhaltspunkt für eine vorausgegangene abdominale Erkrankung („un passé abdominal“), so ist die primäre Laparotomie vorzuziehen, da in solchen Fällen die Entleerung des Uterus nicht genügen würde, um ein sonstiges mechanisches Hindernis (Adhäsionsstränge u. dgl.) zu beseitigen. Darmverschluß bei intrauteriner Gravidität kann leicht verwechselt werden mit dem „Pseudo-Ileus“, der sich mitunter bei Extrauteringravidität als Ausdruck der peritonealen Reaktion findet. Wichtig ist schließlich noch das

häufige Vorkommen von hartnäckiger Verstopfung und Auftreibung des Leibes bei schwangeren Frauen; vor den hierbei vielfach verwendeten Darmspülungen mit Opiumpräparaten, welche die Bauchschmerzen stillen und einen drohenden Abortus aufhalten sollen, ist zu warnen. *Schmid* (Prag).

Voron et Volmat: Fibrome utérin et grossesse. Hystérectomie. (Uterusfibrom und Schwangerschaft. Hysterektomie.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 3, S. 225—228. 1913.

Bei einer 43jährigen Frau wurde am Ende der Schwangerschaft der Kaiserschnitt ausgeführt, weil ein gut kindskopfgroßes, intraligamentäres, fast unbewegliches Fibrom, welches das Becken großenteils verlegte, die Geburt durch die natürlichen Geburtswege sehr gefährlich oder vielleicht unmöglich machte. Wegen des nahen Klimakteriums wurde die Hysterektomie angeschlossen. Aus Einzelheiten des Falles schließen die Autoren, daß Sterilität und andere Symptome von Uterusfibrom nicht so sehr auf mechanische Ursachen als auf tiefgreifende Veränderungen der Uterusschleimhaut zurückzuführen sind. *Bauer* (Berlin).

Perdoux: Myomectomie dans une grossesse de 5 mois pour fibrome enclavé. (Myomektomie in einer Schwangerschaft von 5 Monaten wegen eingekeilten Myoms.) Arch. provinc. de chirurg. Bd. **22,** Nr. 7, S. 409—412. 1913.

Es handelte sich um eine 38jährige, im 5. Monate schwangere Frau, die in der linken Seite neben dem Uterus und hinter ihm eine Geschwulst hatte, durch die starke ausstrahlende Schmerzen nach dem Oberschenkel und der linken Hüfte erzeugt wurden. Der Tumor stellte sich bei der Operation von oben als ein Myom heraus, das der linken Uteruskante angehörte. Enucleation und sorgfältige Vernähung des Wundbettes. In den ersten zwei Tagen nach der Operation wurden 0,06 Morphium gegeben. Danach erkrankte Patientin plötzlich an beträchtlicher Auftreibung der Magengegend und Aufstoßen. Durch Magenspülungen und seitliche Bauchlage besserte sich der Zustand. Am 12 Tage Abort. Heilung. Die akute Magendilatation ist Perdoux geneigt auf die Morphiumgaben zurückzuführen.

Kritik der Schoppschen Arbeit über Myomektomien im Novemberheft der Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol. Perdoux tritt für die Myomektomien ein, da sie als konservative Methoden die Vorteile der Erhaltung der Menses und der Möglichkeit weiterer Schwangerschaften bieten. *Penkert* (Halle a. S.).

● **Weise, Friedrich: Uteruscarcinom und Schwangerschaft. (Samml. wissenschaftl. Arb. Nr. 10.)** Langensalza: Wendt & Klauwell 1913. 44 S. M. 1.—.

An der Hand von drei in der Jenenser Frauenklinik beobachteten Fällen bespricht Verf. ausführlich das Zusammentreffen von Uteruscarcinom und Schwangerschaft. Die beobachteten Fälle verliefen folgendermaßen: Fall I: 33jähr. III-Para. Apfelgroßes, blumenkohlartiges Carcinom der Portio hinten und rechts, im 9.—10. Monat — seit 14 Tagen Blutung — Sectio caesarea — abdominelle Totalexstirpation. Nach 1 Jahre Exitus am Rezidiv. Kind lebt. Fall II: 31jährige X-Para, Portio zerklüftet mit derben Knoten. Gravidität 7.—8. Monat. Sectio caesarea — abdominelle Totalexstirpation und linksseitige Nephrektomie wegen Ureterdurchschneidung bei Drüsenexstirpation. Heilung. Fall III: 36jährige IX-Para. Über walnußgroßes Blumenkohlcarcinom der hinteren Muttermundlippe im 3.—4. Graviditätsmonat, abdominelle Totalexstirpation. Heilung. Die Häufigkeit des Zusammentreffens von Uteruscarcinom und Schwangerschaft berechnete Verf. nach 11 Stastitiken mit insgesamt 113750 Geburten auf 0,07%. Als Erklärung für das rasche Fortschreiten des Carcinoms in der Schwangerschaft weist Verf. neben den durch die Gravidität bedingten besseren Ernährungsbedingungen für die Neubildung auf die größere Schwächung hin, welche der Gesamtorganismus durch sowohl gegen die Gravidität wie gegen das Carcinom gerichtete Bildung antilytischer Fermente erfährt. Für die beim Carcinom der Cervix oft schwierige frühzeitige Diagnose empfiehlt Verf., das Cervixgewebe mit einer feinen Cürette auf Bröcklichkeit zu prüfen. In der Therapie des inoperablen Carcinoms tritt die Sorge für das kindliche Leben in den Vordergrund, und glaubt Verf., daß dies Ziel besser durch allgemeine, eine Kräftigung der Mutter bezweckende Maßnahmen, als durch lokale symptomatische Behandlung des Carcinoms erreicht wird. Bei operablem Carcinom ist in den ersten zwei Dritteln der Schwangerschaft ohne Rücksicht auf die Frucht sofort die Wertheim-Bummsche Operation auszuführen, welcher im letzten Drittel und in der Geburt der klassische Kaiserschnitt vorauszugehen hat. In bezüglich der Operabilität zweifelhaften Fällen empfiehlt Verf. Probelaparotomie. *Vaßmer* (Hannover).

Geburt:

Puppel, Ernst: Geburtshilfliche Indikationen und Kontraindikationen der Hypophysenpräparate. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, H. 4, S. 399—405. 1913.

Verf. stellt für Verwendung der Hypophysenpräparate folgende Indikationen und

Kontraindikationen in der Geburtshilfe auf: Indiziert sind sie 1. bei sekundärer Wehenschwäche in der Austreibungsperiode bei normalem Becken, Gesichts-, Steiß- oder Schädellage und nicht geschädigtem Kinde; 2. zur Einleitung der Spätgeburt; 3. bei der Placenta praevia lateralis, nach der Blasensprengung und Gradlage des Kindes, ev. auch bei der centralis nach vorausgegangener Metreuryse; 4. bei postpartaler Atonie; 5. prophylaktisch bei der Hebosteotomie oder Sectio caesarea class. oder cervicalis; 6. zur Einleitung der Frühgeburt nur in Verbindung mit der Metreuryse. Kontraindiziert sind sie 1. beim Abort in jeder Form; 2. beim engen Becken vor Eintritt des vorangehenden Kindesteiles; 3. bei Asphyxie des Kindes; 4. bei drohender Uterusruptur; 5. bei fehlerhaften Kindeslagen; 6. bei Herz- und Nierenkrankheiten sowie bei Eklampsie. Inkonstant ist ihre Wirkung 1. bei primärer Wehenschwäche; 2. in der Eröffnungsperiode; 3. bei Einleitung der Frühgeburt; 4. bei vorzeitigem Blasensprung. Somit sind die Indikationen gegenüber Hofbauer und Gussew ziemlich eingeschränkt. *Dorn.*

Senge, Jos.: Klinisch-experimentelle Versuche über das Wehenmittel Hypophysin. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 38, S. 1833 bis 1834. 1913.

Verf. ist, wie Herzberg (Dtsch. med. Wochenschr. **39**, Nr. 5) der Ansicht, daß das Hypophysin, ein Präparat, welches die wirksamen Substanzen aus dem Infundibularteil der Hypophyse isoliert, an schwefelsaure Salze gebunden, enthält, dem organischen Extrakt aus der Drüse in der Wirkung gleichwertig, durch die konstante Zusammensetzung überlegen sei.

Während der Geburt hatte es in 15 von 30 Fällen eine eklatante Wirkung, bei 5 Aborten und zweimal zur Einleitung der Geburt angewendet versagte es. 5 mal wurde es in der Nachgeburtsperiode gegeben (ob vor oder nach Ausstoßung der Placenta ist nicht ersichtlich), und zwar 2 mal intravenös wegen atonischer Nachblutung. Die Wirkung war in allen Fällen prompt. Die Dosis betrug bis zu 6 mal 1 ccm einer Lösung 1 : 1500. *Rothe* (Breslau).

Bonnet-Laborderie, A., et H. Fourdinier: A propos de l'emploi comme ocytocique de l'extrait hypophysaire (pituitrine). (Über die Anwendung des Hypophysenextraktes [Pituitrin] als Wehenmittel.) Journal des sag.-femmes Jg. **41**, Nr. 19, S. 337—339. 1913.

20jährige Primipara mit normalem Becken und normaler Schädeleinstellung, aber sehr mangelhafter Wehentätigkeit und ungenügender Erweiterung des Muttermundes, bei welcher auch 4 Pituitrininjektionen am 5. Tage der Geburt gegeben keine spontane Entbindung bewerkstelligten, so daß am 6. Tage nach künstlicher Erweiterung mit Tarniers Dilatator der Forceps angelegt wurde. Patientin wurde durch die 4 Injektionen in keiner Weise in ihrem Befinden gestört. Verf. sieht nach dieser Erfahrung im Pituitrin noch nicht das ideale Wehenmittel. *Vaßmer* (Hannover).

Baux, Georges, et Etienne Roques: Opothérapie surrénale et contraction utérine du travail; ligne blanche chez la femme enceinte. (Epinephrische Opotherapie und Uteruskontraktion während der Arbeit. Linea alba bei der Schwangeren.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 9, S. 509—522. 1913.

Während der Dilatations- oder Austreibungsperiode hat Verf. mit Nebenniere 17 Schwangere behandelt. Die Drüse wurde in Pulverform per os gegeben (0,10—0,70 g). Die subcutane Einspritzung eines flüssigen Extrakts war sehr schmerzhaft. Die Resultate waren ungewiß. Die Therapie schadet nichts. Es war nie ein Zusammenhang mit der Frequenz oder der Intensität der sogenannten Linea alba surrenalis von Sergent zu beobachten. *R. Chapuis* (Genf).

Fuster: Rétrécissement du bassin plus petit que 8 centimètres. Infection grave. Césarienne. Hystérectomie subtotale. (Verengtes Becken. Kleiner als 8 cm. Schwere Infektion. Kaiserschnitt. Subtotale Hysterektomie.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 2, S. 58—61. 1913.

Araberin, I-P. Ende der Schwangerschaft. Kreißt seit 4 Tagen. Blasensprung seit 30 Stunden. Leib stark gespannt. Herztöne gut. I Schädellage. Kopf im Beckeneingang fest. Muttermund nicht völlig erweitert. Conj. vera kleiner als 8 cm. Schlechter Allgemeinzustand. Abgang von Blut und Eiter. Die äußeren Beckenmaße sind ebenfalls verringert. Wahl zwischen Symphyseotomie, Pubiotomie und Kaiserschnitt. Blase ist hochgezogen. Katheterismus unmöglich. Kaiserschnitt. Drainage p. vaginam. Kochsalz. Kampher. Gewicht des Kindes 2630 g. Bit. Kopfdurchmesser 9,5. 1. und 2. Tag: Temperatur nicht über 37,9. Puls

120. Die unvernünftige Patientin steht auf und läuft umher. 3. Tag: Leib gespannt, Erbrechen, Exitus. *Schneider* (Tübingen).

Dührssen, A., Geburt bei engem Becken. (*Dührssensche Privatheilanst. f. Frauenkrankh. u. Geburtsh., Berlin.*) Med. Klinik Jg. 9, N. 19, S. 735—739. 1913.

Nach dem heutigen Stande der Geburtshilfe ist weder die künstliche Frühgeburt noch die Perforation eines lebenden Kindes oder eines toten Kindes, das unter exspektativer Behandlung abgestorben ist, existenzberechtigt. Für die Praxis ist in sicher aseptischen Fällen der klassische Kaiserschnitt zu empfehlen, der dann am besten schon vor Beginn der Wehentätigkeit bei einer für einen Finger durchgängigen Cervix ausgeführt werden soll. Bei infizierten oder infektionsverdächtigen Fällen muß der Praktiker möglichst den extraperitonealen Weg einschlagen. Nach einer chronologischen Aufzählung aller der Operationen, die das Peritoneum zu umgehen suchen, empfiehlt Verf. die Solmssche Methode des extraperitonealen Kaiserschnitts, weil sie von allen diejenige ist, die auch wirklich eine sichere extraperitoneale Durchführung des Kaiserschnitts ermöglicht. Sie unterscheidet sich von ihrer Vorläuferin, der von Ritgen angegebenen Gastroelytrotomie, hauptsächlich dadurch, daß zwei Schnitte angelegt werden, einmal ein Inguinalschnitt von außen und dann ein Schnitt durch das vordere Scheidengewölbe und das Collum in der Medianlinie von unten. Dieser letzte Schnitt kann unter Umständen auf die Korpuswand ausgedehnt werden. Durch das Aneinanderbringen des inneren an den äußeren Schnitt wird ein kurzer Durchtrittskanal erzielt. Uteringefäße und Ureteren werden dabei nicht verletzt. Ein weiterer Vorzug dieses suprasymphysären extraperitonealen Kaiserschnitts von Solms gegenüber anderen Methoden liegt darin, daß infolge der Schnittführung die Entfaltung des unteren Uterinsegmentes nicht erst abgewartet zu werden braucht, ein Umstand, der vor allem für Schnellentbindungen in Frage kommt. Ferner ist er unter Anwendung des Metreurynterschnittes mit Leichtigkeit im Privathause durchzuführen. Unbeabsichtigte Eröffnungen von Peritoneum und Blase sind so gut wie ausgeschlossen, wenn nur die mitgeteilten Vorschriften für die Schnittführung genau eingehalten werden. Von größter Wichtigkeit für den Erfolg eines jeden extraperitonealen Kaiserschnitts ist eine vaginale Drainage mit Jodoformgaze nach erfolgter Geburt. Zum Schluß folgen noch einige Leitsätze, nach denen der Praktiker bei engem Becken verfahren soll. *Borell* (Düsseldorf).

Lepage, G. et Vaudescal: Primipare ayant un fibrome volumineux occupant toute la partie postérieure de la cavité utérine. Accouchement spontané, à terme, enfant vivant; hémorragie de la délivrance nécessitant la délivrance artificielle. Déchirure du périnée; hystérectomie abdominale subtotale pour accidents d'infection dus au sphacèle du fibrome; abscès multiples, guérison. (Submucöses Myom, das die ganze hintere Uterushöhle einnahm bei einer I.-P. Spontangeburt am Ende; lebendes Kind. Blutung in der Nachgeburtsperiode, die manuelle Placentarlösung notwendig machte; Dammriß; wegen Infektion des nekrotischen Fibroms abdominale subtotale Hysterektomie; multiple Abscesse, Heilung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 435—443. 1913.

Bericht über einen Fall von submukösem Myom bei einer 26jähr. I-para. Das Myom, das die ganze Hinterfläche des Uterus einnahm, reichte bis zum inneren Muttermund. Die Schwangerschaft verlief normal, gegen Ende der Schwangerschaft fiel die Größe des Abdomens auf. Das kleine aber normal gebaute Kind wurde spontan geboren, wobei ein Dammriß entstand. Eine Blutung nach Ausstoßung der Frucht machte die manuelle Placentarlösung notwendig. Auffallend war, daß nach der Lösung der Placenta der Uterus immer noch sehr groß war. Es wurde als Ursache ein Fibrom festgestellt und Patientin in die Klinik gebracht. Wegen schlechten Zustandes der Patientin mußte von einer sofortigen Operation abgesehen werden. Wegen hohen Fiebers und starkem schwärzlichen Ausflusses wurde am 5. Tag die subtotale abdominale Exstirpation vorgenommen. Nachdem verschiedene Abscesse aufgetreten waren, erfolgte schließlich Heilung. Die Totalexstirpation, die den Vorteil vollständiger Entfernung des Infektionsherdes gehabt hatte, lehnen Verff. ab. Sie glauben, daß es von größerem Vorteil sei, jede Verbindung der Scheide mit der Peritonealhöhle zu vermeiden. Außerdem gebot der Zustand der Patientin einen möglichst kleinen Eingriff vorzunehmen. *Schneider* (Tübingen).

Boni, Andrea: Mola vescicolare infiltrante. (Infiltrierende Blasenmole.) (*Istit. ostetr. ginecol., univ., Pisa.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Bd. **2**, Nr. 8, S. 306 bis 316. 1913.

Bei einer III-Para wurde wegen heftiger Blutungen nach Ausstoßung einer Blasenmole zweimal der Uterus ausgekratzt, ohne daß maligne Elemente nachgewiesen werden konnten. Die Frau bekam darauf eine schwere infektiöse Endometritis, heilte, blieb aber hochgradig anämisch und begann nach 2 Monaten wieder zu bluten. Sie wurde wieder curettiert und nachdem diesmal Bläschen aus dem Uterus herausbefördert worden waren, wurde dieser extirpiert. Es fand sich am linken Uterushorne ein zweipfennigstückgroßes, eitrig belegtes, ganz circumscriptes Geschwür, dessen Grund bis auf $^2/_3$ in die Uteruswand drang und von kleinen Bläschen durchsetzt war. Verf. bezeichnet den Fall als infiltrierende Mole ohne Spur einer wuchernden Chorionepitheliom-Bildung. *Gattorno* (Triest).

Herz, Emanuel: Hypophysenextrakte bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 41, S. 1536—1539. 1913.

Verf. hat bei 7 Fällen von Placenta praevia Hypophysenextrakte kombiniert mit allen Arten von Behandlungsmethoden: Blasensprengung, Braxton-Hicks, intraamniale Metreuryse angewendet und in 5 Fällen sehr guten Erfolg bezüglich Verstärkung der Wehentätigkeit gesehen; einmal blieb die Wirkung aus, einmal soll Pituitrin eine spastische Kontraktion des Muttermundes und Verzögerung der Geburt bewirkt haben. Er empfiehlt den Hypophysenextrakt 1. nach Blasensprengung bei Längslagen, gleichgültig ob es sich um Placenta praevia partialis oder totalis handelt, 2. nach Metreuryse, 3. nach Braxton-Hicks, 4. in der Nachgeburtsperiode (hier kombiniert mit Ergotin). *Freund* (Wien).

Sigwart, Walter: Die Ausschaltung der Peritonitisgefahr bei der operativen Behandlung der Uterusruptur und der perforierenden Uterusverletzungen. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 1, S. 196—224. 1913.

Die Uterusruptur ist die schwerste und gefährlichste Geburtskomplikation. Zwei Gefahren sind es, die das Leben bedrohen: die Blutung und die Peritonitis. Die Verhütung dieser beiden Gefahren ist der Zweck unseres ärztlichen Handelns. Wir haben gelernt die Gefahr der Blutung zu beseitigen. Weit schwieriger zu verhüten ist die Peritonitis. Die Behandlung der Uterusruptur gehört in die Klinik. Zum Transport leistet der Momburgsche Schlauch ausgezeichnete Dienste. Ist das Kind in die Bauchhöhle ausgetreten, so ist eine sofortige Entbindung per vias naturales nicht immer notwendig, da infolge Kontraktion des Uterus die Blutung oft gering ist. Sind Zeichen von schwerer innerer Blutung vorhanden, so ist hingegen sofort die Extraktion des Kindes durch die Rupturstelle vorzunehmen, um ev. den Momburgschen Schlauch nachher anlegen zu können. Ist das Kind gar nicht oder nur zum Teil in die Bauchhöhle ausgetreten, so ist schonend die Entbindung per vias naturales vorzunehmen. Welcher Weg soll zur Blutstillung vorgenommen werden? Jede Tamponade und Drainage ist unsicher. Nur die operative Behandlung mit Erzeugung von glatten Wundverhältnissen führt zum Ziel. Bei sicher inkompletter Ruptur, ohne schwere Gewebszertrümmerung kann der vaginale Weg gewählt werden. Naht gelingt selten, deshalb besser vaginale Totalexstirpation. Sind Hämatome im Parametrium, so ist auch bei inkompletter Ruptur die Laparotomie vorzuziehen. Das zerstörte Parametrium muß entfernt, die Coagula ausgeräumt werden. Bei kompletter Ruptur ist die Laparotomie indiziert. Die Naht der Wunde ist nur bei geringer Gewebszertrümmerung vorzunehmen. Sonst ist die Totalexstirpation des Uterus auszuführen. Die wichtigste Maßnahme zur Verhütung der Infektionsgefahr besteht in einem sicheren Abschluß der Beckenwunden gegen die freie Bauchhöhle. Deshalb wird über die erste abschließende Peritonealnaht im kleinen Becken eine zweite fortlaufende Naht nach Art der Lembertschen Serosanaht angelegt. Sigwart erwähnt 12 Rupturen, die nach diesen Prinzipien behandelt wurden. 3 Frauen starben an Blutverlust; die übrigen 9 Frauen haben den Eingriff überstanden und sind sämtlich ohne schwere peritoneale Symptome geheilt. Sodann bespricht S. die perforierenden Uterusverletzungen. Auch hier empfiehlt er die Laparotomie zum Zwecke der Säuberung der Bauchhöhle. Hingegen soll nicht radikal vorgegangen werden,

der Uterus braucht nicht entfernt zu werden. Wichtig ist eine genaue Peritonealisierung der Wunden. Ev. empfiehlt es sich, die Perforationsstelle extraperitoneal zu lagern.
Guggisberg (Bern).

Nebesky, Oskar: Beitrag zur Therapie der kompletten Uterusruptur. (*Geburtsh. Univ.-Klin., Innsbruck.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 4, S. 417—427. 1913.

Nach kurzem historischen Überblick berichtet Verf. über die 4 Fälle von Uterusruptur, die seit den 80er Jahren an der Innsbrucker Klinik zur Beobachtung kamen. In den beiden ersten, konservativ behandelten Fällen keine Prodromalerscheinungen der Ruptur, Entbindung per vias naturales, keine Blutung, kein Austreten von Frucht oder Nachgeburt in die Bauchhöhle, sogar in dem einen Fall Intaktbleiben des Peritoneums und trotzdem in beiden Fällen tötlicher Ausgang an Peritonitis. Fall 3 und 4 wurden mit Erfolg operiert — Absetzung des Uterus unter Benutzung der Rißstelle — obwohl auch hier kein Austritt von Kind oder Placenta in die Bauchhöhle erfolgt war, noch Verblutungsgefahr bestand. In Fall 4 keine Dehnungserscheinungen; die Ruptur konnte nur diagnostiziert werden aus plötzlich auftretenden Schmerzen, Atembeklemmungen und freierer Beweglichkeit des kindlichen Kopfes. Auf Grund der eigenen Fälle und Durchsicht der Literatur ergeben sich für den Verf. folgende therapeutische Richtlinien: Jede komplette Uterusruptur indiziert sofortige Operation; Tamponade ist nur als vorübergehendes Blutstillungsmittel oder in solchen Fällen erlaubt, wo Operation aus äußeren Gründen unausführbar. Bei Wahl der Operationsmethode muß individualisiert werden. Vor der einfachen Naht des Risses warnt Verf. wegen ev. technischer Schwierigkeiten, Infektions- und Rezidivgefahr. Je nach Lage und Ausdehnung des Risses wird die Totalexstirpation oder supravaginale Amputation Operation der Wahl sein, beide auf abdominalem Wege. Ob drainiert wird, bleibt Ansichtssache des Operateurs. Verf. empfiehlt Drainage des Peritoneums im kleinen Becken. Nur durch prinzipielles Eintreten für operatives Vorgehen kann die jetzige Mortalität von 30% herabgedrückt werden. — Literaturverzeichnis. *Bleek.*

● **Gauchon, R.: Du pronostic chez les éclamptiques.** (Die Prognose der Eklampsie.) Paris: Vigot frères. 1913. Frcs. 2.—.

Bouquet: De l'accouchement artificiel manuel. (Über die manuelle Extraktion.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 3, S. 166 bis 170. 1913.

Verf. macht auf einige Punkte aufmerksam, die er bei der manuellen Extraktion beobachtet. Das Gebärlager soll sich in Ellbogenhöhe des Operateurs befinden. Es soll nicht der Fuß, sondern das Bein herabgeholt werden. Bei der Wendung soll der Oberschenkel ergriffen werden, um Verdrehungen der Frucht zu vermeiden. Die Richtung des Zugs bei der Extraktion soll nach der Seite des Rückens hin erfolgen. Bei der Armlösung wird zuerst der hintere Arm mit 4 Fingern der gleichnamigen Hand geschient, dann der Rumpf des Kindes supiniert, damit der Ellbogen tiefer tritt, worauf die Lösung des Arms keine Schwierigkeiten mehr macht. Der vordere hochgeschlagene Arm soll mit der ungleichnamigen Hand fixiert und dann der Kopf entwickelt werden. Bei der Entwicklung des Kopfes Zeige- und Mittelfinger im Mund, Daumen am Kinn des Kindes.
Engelhorn (Erlangen).

Wochenbett:

Leidenius, Laimi: Untersuchungen über den Einfluß der Desinfektion der Kreißenden auf den Keimgehalt des puerperalen Uterus. (*Geburtsh.-gynaekol. Univ.-Klin., Helsingfors [Finnland].*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100,** H. 3, S. 455—529. 1913.

Vergleichende bakteriologische Untersuchungen über den Keimgehalt der Uteruslochien ca. 3 Tage nach der Geburt bei Frauen, die entweder unter der Geburt gar nicht desinfiziert wurden (50 Fälle) oder verschiedenen Desinfektionsmethoden unterworfen wurden. Es wurde angewandt: Waschung der Vulva mit warmem Wasser, Seife und einem Büschel Holzwolle unter Kürzung der Schamhaare, danach Desinfektion mit Sublimatlösung 1 : 2000 (20 Fälle), statt des Sublimats 3proz. Wasserstoffsuperoxydlösung (10 Fälle), Rasieren der Schamhaare, Bestreichen mit Jodtinktur (15 Fälle),

außer der Desinfektion der Vulva anschließende Scheidenspülung und zwar mit warmem Wasser (10 Fälle), mit Wasserstoffsuperoxydlösung (30 Fälle), oder einer halbprozentigen Lysollösung (15 Fälle). Er kommt zu folgendem Ergebnisse. Durch Desinfektion der Kreißenden kann man die Anzahl der Bakterien im Genitalkanal bedeutend herabsetzen und ihr Hinaufsteigen zum Uterus während des Puerperiums verzögern. Durch die gegenwärtig übliche Art der Vulvadesinfektion wird nur eine geringe Herabsetzung des Bakteriengehaltes in der puerperalen Gebärmutter erzeugt. Bedeutend größer ist der Effekt, wenn die Schamhaare rasiert werden und die Vulva mit Jodtinktur gepinselt wird. Durch Kombination der üblichen Weise der Vulvadesinfektion mit einer Scheidenspülung wird der Bakteriengehalt weit mehr herabgesetzt, als durch die Vulvadesinfektion allein. Bei der Scheidenspülung scheint das mechanische Moment eine gewisse Rolle zu spielen, da auch eine Spülung nur mit gekochtem Wasser den Bakteriengehalt der Gebärmutter herabsetzen kann. Durch milde antiseptische Spülungen wird der Bakteriengehalt noch weiter herabgesetzt, am besten ist hier eine halbprozentige Lysollösung. Durch die Desinfektionsbestrebungen werden alle Balkterienarten gleichermaßen beeinflußt. Zwischen Erstgebärenden und Mehrgebärenden ist kein Unterschied; ebensowenig Einfluß hat die Dauer der Geburt und die Zeit des Blasensprunges. Am Ende der ersten Woche enthält der puerperale Uterus etwas mehr Bakterien als im Beginne; bei Fällen mit erhöhter Temperatur ist er etwas größer als bei den Fällen mit normalem Puerperium. Die praktische Konsequenz ist die, daß man nicht unterlassen soll, die Vulva während der Geburt zu desinfizieren und am besten eine Scheidenspülung vorzunehmen. *Frankenstein* (Köln).

Brennecke: Die Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihre sozialhygienischen Bestrebungen. Zentralbl. f. Gynaekol. Bd. **37,** Nr. 35, S. 1285—1289. 1913.

Unter Brennecke als Vorsitzenden wurde am 13. Mai d. J. in Halle a. d. Saale eine zwanglose Vereinigung gebildet zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen. B. begründet die Notwendigkeit der Vereinigung und bezeichnet als Hauptziel, eine durchgreifende Reform der geburtshilflichen Ordnung zu erstreben, um der mit der Mutterschaft verbundenen mannigfachen Not der Frauen, dem dadurch bedingten Massensterben der Säuglinge und dem bedenklichen Geburtenrückgang wirksam entgegenzutreten. *Stähler* (Siegen).

Hecker, Hans von: Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekret- und Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose puerperaler Infektionen. (*Frauenklin., Univ. Straßburg i. E.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **19,** H. 1, S. 89—142. 1913.

Im ersten Teile werden die bakteriologischen Untersuchungen des Scheidensekrets bei 336 Fällen von klinischen Geburten erörtert. Von der Untersuchung des Uterussekrets wurde abgesehen, da man sehr häufig trotz bestehenden Fiebers bei der Uterussekretuntersuchung ein negatives Resultat erhält und daher im Unklaren über die Art der vorliegenden Infektion bleibt. Dagegen ist, zumal in den ersten Wochenbettstagen, die Wahrscheinlichkeit eines positiven Befundes bei der Scheidenlochienuntersuchung viel größer. Das Sekret wurde meistens am zweiten Wochenbettstage mittels „Rohrstabwattepinsel" aus dem Scheidengrunde entnommen und auf Schottmüllerschen Blutagarplatten ausgestrichen.

Es wurden 256 mal Streptokokken (76,2%), 118 mal Staphylokokken (35,1%), 116 mal Bact. coli (31,6%), 141 mal Pseudo-Di-Bacillen (42%) gefunden. Von selteneren Keimarten fanden sich in geringen Prozentsätzen Hefe, Gonokokken, Haemophilus und Tetragenus. 12 mal ergab sich steriler Befund (3,7%).

Besonders oft wurden dann Streptokokken in Reinkultur gefunden, wenn später eine puerperale Infektion auftrat. Es ist jedoch interessant, daß bei 18 Fällen mit vollständig freiem Fieberverlauf auch Streptokokken in Reinkultur vorhanden waren. Alle übrigen Bakterien spielen für die Fiebererregung nur eine geringe Rolle. Die bakteriologische Scheidensekretuntersuchung ist demnach nicht imstande, über die Diagnose

und Prognose des Kindbettfiebers eindeutige Grundlagen zu geben. Die Virulenz der gerade vorliegenden Bakterienart kann nicht bestimmt werden. Damit hat sich die Hoffnung, den Erreger des „echten" Kindbettfiebers zu finden, als hinfällig erwiesen. Im zweiten Teile der Arbeit werden Blutuntersuchungen bei 100 klinisch zweifellos festgestellten puerperalen Erkrankungen publiziert. Bei 67 Fällen war der Blutbefund negativ, also das Blut steril. Bei 33 Fällen konnte ein positiver Befund erhoben werden. Die Bedeutung der bakteriologischen Blutuntersuchung für Diagnose des Kindbettfiebers ist daher für die Mehrzahl der Fälle nicht zu hoch zu bewerten. Von den 67 Fällen mit negativem Blutbefund starben 6 = 8,8%. Von den 33 Fällen mit positiven Ergebnissen starben 16 = 50%. Im Gegensatz zur Diagnose leistet die Blutuntersuchung bei der Prognose mehr, da die puerperale Erkrankung bei negativem Blutbefund im allgemeinen leichter verläuft als bei positivem. Die Wahrscheinlichkeit der Mortalität ist bei positivem Blutbefund 6 mal so groß als bei negativem. In 81,8% der positiven Fälle konnten Streptokokken nachgewiesen werden. Dagegen bietet die Menge der jeweils im Blut gefundenen Bakterien kein sicheres Zeichen für die Prognose der puerperalen Erkrankungen. *Siegel* (Freiburg i. Br.).

Bonnet, Fernand: Tétanos puerpéral postabortif. (Tetanus nach Abort.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 585—589. 1913.

Krankengeschichte der 44 jährigen VI-Para. Abort im 4. Monat. Vier Tage nach der Abortblutung erste Anzeichen, die für Tetanus sprechen; tags zuvor Curettage; innerhalb von 2 weiteren Tagen Ausprägung aller klassischen Symptome. Exitus. Bemerkenswert ist nach Ansicht des Verf.: 1. Die Beschäftigungsart der Frau, die die Infektion erklärt: Straßenreinigerin. 2. Die Curettage ist wohl nicht anzuschuldigen, da dieselbe indiziert wurde durch fötiden Ausfluß und Placentarretention, nach derselben sichtliche lokale Besserung. Therapie: Chloral, Brom und Tetanusantitoxin subcutan. *Franz* (Nürnberg).

Plauchu: Rougeole et puerpéralité. (Masern und Wochenbett.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 488—490. 1913.

Maserneruption während der Geburt. Normales Puerperium. Das Kind erkrankt 6 Tage nach der Geburt gleichfalls an Masern. Gutartiger Verlauf bei Mutter und Kind. Wahrscheinlich intrauterine Infektion, da bis zum Auftreten der ersten Symptome nur 6 Tage seit der Geburt; es müßte denn sein, daß beim Neugeborenen eine kürzere Inkubationszeit besteht. *Schiffmann* (Wien).

Fabre et Bourret: Infection puerpérale à pneumocoques. Guérison de la mère. Mort de l'enfant par méningite à pneumocoques. (Puerperale Pneumokokkeninfektion; Heilung der Mutter. Exitus des Kindes an Pneumokokkenmeningitis.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 474—479. 1913.

21 jähr. I-Para. Züchtung von Pneumokokken aus dem Lochialsekret. Tod des Kindes am 8. Tage an Meningitis purulenta und Pneumonia crouposa, durch Sektion bestätigt. Nach Ansicht der Verff., die sich stützt auf ähnliche Beobachtungen von Guinon und Vieillard ist die Infektion übertragen durch Kontakt im Geburtskanal. Verff. untersuchten daraufhin das Sekret von 30 nicht fiebernden und 30 fiebernden Wöchnerinnen nach Bardy (Pferdeblutagar), wo nur bei einer einzigen Fiebernden Pneumokokken in typischen eigelben Kulturen aufgingen. Verff. schließen daraus, daß der Pneumokokkus kein konstanter Saprophyt im weiblichen Genitalkanal ist, und seine Anwesenheit gefährlich für Mutter und Kind werden kann. *Franz* (Nürnberg).

Potocki et Sauvage: Chorée gravidique mortelle. (Tödlicher Ausgang einer Schwangerschaftschorea.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 6, S. 542—544. 1913.

20 jährige Erstgravida bekam in der 6. Schwangerschaftswoche plötzlich choreatische Zuckungen von stärkster Intensität. Aufrechtes Stehen und Gehen unmöglich, das Sprechen erschwert, das Allgemeingebaren bei ungestörter Intelligenz einer maniakalischen Excitation ähnlich. Trotz Bettruhe, Milchdiät, Antipyrin und Chloralhydratmedikation tritt während der Beobachtung an einer psychiatrischen Klinik Zunahme der choreatischen Zuckungen, Temperaturerhöhung bis 38,5°, Pulsbeschleunigung bis 120 auf. Trotzdem entschließt man sich erst am 17. Tage bei einer Temperatursteigerung von 40,3°, einer höchstgradigen Abmagerung und Schwäche, bei unaufhörlich andauernden Zuckungen nach einem Aderlaß von 200 g zur Schwangerschaftsunterbrechung. 4 Stunden nach Einführung eines Laminariastiftes erliegt die Kranke dem Coma. Die Chorea verlief in diesem Falle außerordentlich schwer und führte drei Wochen nach ihrem Einsetzen zum Tode. Während sie von den beiden Autoren

sonst als Schwangerschaftstoxikose aufgefaßt wird, die ihre Schädigung auf ein durch Heredität oder vorhergegangene Erkrankung geschwächtes Nervensystem geltend zu machen pflegt, ist in diesem Falle, bei dem die Obduktion eine schwere frische Endokarditis des linken Herzens ergab, die Chorea höchstwahrscheinlich als Begleiterscheinung einer akuten Infektion aufzufassen. *Bienenfeld* (Wien).

Maire et Clergier: Rupture spontanée pendant les suites de couches d'un kyste de l'ovaire prise pour une péritonite tuberculeuse. (Spontanruptur einer Ovarialcyste im Wochenbett, als tuberkulöse Peritonitis angesehen.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 40, S. 781—782. 1913.

Krankengeschichte einer Zweitgebärenden, die 10 Tage vor dem richtigen Termin niederkam; da die Nachgeburt nicht von selbst erschien, mußte sie manuell gelöst werden. Der behandelnde Arzt fühlte dabei eine Geschwulst, die er für einen zweiten Kindskopf hielt, die Geburt des zweiten Kindes abwartete und, da dieses nicht erschien, ruhig nach Hause ging. Die richtige Diagnose wurde dann 8 Tage später gestellt und da der Zustand sich immer mehr verschlimmerte, nach weiteren 4 Tagen laparotomiert unter der Vermutung einer tuberkulösen Peritonitis. Es handelte sich um eine geplatzte papilläre Ovarialcyste, die reichlich Flüssigkeit und Gallertmassen in die Bauchhöhle entleert hatte. Heilung. *Frankenstein* (Köln).

Foetus und Neugeborenes:

Moussous, André, et Eugène Leuret: Les accidents du sevrage. (Die Störungen bei der Entwöhnung.) Prov. méd. Jg. **26,** Nr. 39, S. 422—424. 1913.

Verff. besprechen die durch ungeeignete Ernährung während der Zeit der Entwöhnung entstehenden Krankheiten des Kindes und ihre Folgen. Durch zu lange und ausschließliche Ernährung mit Kuhmilch in der Zeit der Entwöhnung entsteht ein der Chlorose ähnliches Krankheitsbild. Eine Hauptursache der Magen- und Darmstörungen erblicken Verf. in der Überfütterung mit Kuhmilch. Eine Folge der Magen-Darmstörungen ist die sogenannte Entwöhnungskachexie. Ebenso schadet die übermäßige Ernährung mit stärkemehlhaltigen Nahrungsmitteln, deren häufigste Folge die Rachitis ist. Gleich häufig ist der Mißbrauch von Eiern und von Zucker, der teils Verstopfung, teils Durchfälle hervorruft. Trotzdem die Barlowsche Krankheit nicht eine Folge der Entwöhnung ist, so tritt sie doch häufig in dieser Zeit auf. Fast alle diese Störungen fassen Verff. als Anaphylaxie auf. Eine genaue Unterscheidung zwischen Intoxikation und anaphylaktischen Störungen erscheint Verff. schwierig. Sie glauben, daß in manchen Fällen bei der Entwöhnung auf eine Ernährung mit Milch und Eiern ganz verzichtet werden müsse. *Schneider* (Tübingen).

Raudnitz, R. W.: Frauenkurse über Säuglings- und Kinderpflege. (*Verein Kinderambulat. u. Krankenkrippe, Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38,** Nr. 35 S. 487—488. 1913.

Raudnitz strebt eine Ausbildung der Frau zur Mutter und zur Krankenpflegerin in Krieg und Frieden an, die, wie er hofft, einmal ähnlich, wie der Militärdienst für den Mann, obligatorisch werden soll. In seinen Kursen suchte er unter möglichster Vermeidung alles rein Medizinischen zu erreichen, 1. daß die Mutter so beobachten lernt, daß sie ohne Fachausdruck dem Arzt mitteilen kann, was sie an ihrem Kind beobachtet hat, 2. daß sie alle Handgriffe der Säuglings- und Kinderpflege und alle Kunstgriffe der Ernährung praktisch beherrscht, 3. durch Berührung mit schwerkranken Kindern alle törichte Krankheitsfurcht ablegt, aber auch an unrettbaren Fällen den Wert rechtzeitigen ärztlichen Eingreifens schätzen lernt und 4. suchte er durch Fühlungnahme mit den ärmsten Bevölkerungsschichten das soziale Empfinden seiner Schülerinnen zu wecken. *Schneider* (Freiburg i. Br.).

Goldstine, Mark T.: Hemorrhage in the new-born. (Blutungen bei Neugeborenen.) Illinois med. journal Bd. **24,** Nr. **3,** S. 170—175. 1913.

1. und 2. 8tägige Kinder mit unstillbarer Blutung nach ritueller Circumcision angeblich ohne Infektion: Heilung durch mehrfache Injektionen von menschlichem Blut bzw. Serum; in dem ersten Falle war die Gerinnung des Blutes hochgradig verzögert (30—40 Min.), in dem zweiten handelte es sich um familiäre Hämophilie. 3. 4tägiges Kind mit Melaena; 156 ccm Serum im Verlaufe von 34 Stunden ohne Erfolg; Exitus. 4. 3tägiges Kind mit starker Blutung aus der Vagina; 40 ccm Serum in zwei Teilen. Heilung. 5. Analoger Fall. 6. Blutung aus Nase,

Mund und Rachen des Kindes bei der Geburt mit tötlichem Verlaufe, trotz Serum, binnen 33 Minuten. 7. Schwere Melaena; 280 ccm Serum in 96 Stunden; Heilung. 8. Hirnblutung infolge Forceps; Lumbalpunktion ergibt fast reines Blut; Serum erfolglos, Tod am 7. Tage. 9. Normale Geburt, Credésche Einträufelung in die Augen, nach 12 Stunden hämorrhagische Conjunctivitis; die blutige Sekretion durch die üblichen Mittel nicht zu stillen; Heilung durch zweimal 15 ccm Serum. 10. 4tägiges Kind, Melaena, Heilung durch Serum; im Alter von 13 Monaten, nach Diätfehler, tötliche Enteritis mit blutigen Diarrhöen. 11. und 12. Hämatome und Nabelblutung mit rascher Heilung durch Seruminjektion.

Die Ätiologie der Blutungen bei Neugeborenen ist bei vielen Fällen noch unklar. Als souveräne Therapie ist die moderne, von Weil 1905 eingeführte Behandlung mit Serum wegen ihrer großen Vorteile der bisherigen medikamentösen Therapie weitaus vorzuziehen. Menschliches Serum ist natürlich besser als Tierserum, da es keinerlei unerwünschte Nebenwirkungen zeigt und beliebig oft injiziert werden kann, oder daß man anaphylaktische Erscheinungen, wie beim Tierserum, bei den späteren Injektionen zu befürchten hat. Weniger einfach ist die Injektion von eben entnommenem, menschlichem Gesamtblut, welches subcutan oder intravenös zu geben ist; wegen der Blutgerinnung ist es schwierig, in der kurzen, zur Verfügung stehenden Zeit genug Blut zu gewinnen und einzuspritzen. Bluttransfusionen wurden in vielen Fällen mit bestem Erfolge ausgeführt, doch haften dieser Methode die Gefahren der Thrombose, Embolie und Infektion an; eine einmalige Transfusion ist mitunter zur Blutstillung ungenügend, und in dieser Beziehung sind Seruminjektionen, welche ohne Schwierigkeit wiederholt werden können, vorzuziehen. — Vergleichende Zahlen einiger amerikanischer Autoren an größerem Krankenmaterial beweisen deutlich die Überlegenheit der Serum- bzw. Blutinjektionen in der Behandlung von Neugeborenenblutungen über die früher üblichen therapeutischen Maßnahmen. Eine restlose Erklärung der günstigen Wirkung des Serums ist derzeit nicht zu geben. *Schmid* (Prag).

● **Wetterwald, F.: Maladies de la nutrition.** (Ernährungsstörungen.) Paris: F. Alcan. 1913. Frcs. 4.—.

Ylppö, Arvo: Icterus neonatorum und Gallenfarbstoffsekretion beim Foetus und Neugeborenen. (*Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 39, S. 2161—2162. 1913.

Untersuchungen mit einer eigenen spektrophotometrischen Methode, die nicht beschrieben wird. Bei 11 Kindern war die Ausscheidung von Gallenfarbstoff in Harn und Stuhl fast gleich, ob die Kinder ikterisch waren oder nicht. Auch bei Frühgeburten wird nicht mehr ausgeschieden, als nach ihrem Gewicht zu erwarten steht. Bei 58 Kindern (10 mal wiederholt, 4 mal auch bei der Mutter) wurde der Gallenfarbstoffgehalt des Blutes bestimmt.

Schon im fötalen und im Nabelschnurblut finden sich beträchtliche Mengen, 4 bis 15 mal soviel als bei der Mutter. Kinder mit hohem Gallenfarbstoffgehalt werden alle ikterisch. Nach der Geburt steigt der Gehalt noch weiter. Wird eine bestimmte Grenze überschritten, so tritt der Ikterus auf. Schwankungen kommen zwar vor, aber im allgemeinen ist die Kongruenz stets zu erkennen. Besonders groß ist die Gallenfarbstoffmenge bei Frühgeburten. Das primäre Moment ist also in fötalen Verhältnissen zu suchen. In der fötalen Leber sind die Funktionen noch nicht genügend ausgebildet; sie läßt einen merklichen Teil von Farbstoff ins Blut übergehen. Je nachdem, wie lange dieser Zustand anhält, entstehen die verschiedenen Grade des Ikterus. Damit erklärt sich, daß der Ikterus von Infektionen nicht beeinflußt wird, daß er auch bei Lues zur gewöhnlichen Zeit verschwindet, bei septischen Erkrankungen ganz selbständig ist. Er ist rein hepatogenen Ursprungs. *Kermauner* (Wien).

Hirsch, Ada: Befunde beim Icterus neonatorum. Mitteilg. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Jg. 12, Nr. 10, S. 149—150. 1913.

Die Stärke des Ikterus hängt ab 1. von der Durchblutung der Haut, resp. der serösen Durchtränkung ihrer obersten Schichten und 2. vom Gallenfarbstoffgehalt des Serums. „Kollodiumreaktion". Der Icterus neonatorum tritt um so rascher auf und wird um so intensiver, je höher der Bilirubingehalt des Nabelschnurblutes war. Sämtliche Sera des Nabelschnurblutes zeigen wesentlich höhere Bilirubinwerte als im zugehörigen Placentarblut. Die gefundenen Resultate weisen darauf hin, daß ein ätiologischer

Faktor bereits vor der Abnabelung eingegriffen haben muß, daß sich das Kind also seinen Ikterus schon mit auf die Welt bringt. *Harm* (Dortmund).

Behrens, R.: Statistischer Rückblick auf die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Baden. Zeitschr. f. Säuglingsfürs. Bd. **7**, H. 5, S. 156—167. 1913.

Verf. gibt Daten über die Abnahme der Säuglingssterblichkeit in Baden seit dem Einsetzen intensiverer Säuglingsfürsorge im Jahre 1905. Wenn auch das Sinken der Sterblichkeit nicht ein gleichmäßiges, ununterbrochenes war, so ist doch selbst in dem heißen Sommer 1911 die Mortalität noch um mehr als 2% unter der niedrigsten vor 1905 beobachteten zurückgeblieben. Besonders erfreulich waren die Erfolge in Gegenden, in denen durch Belehrung örtliche Unsitten (Aufpäppelung mit Mehlbrei, mit Mohnsaft getränkte Schnuller) eingeschränkt werden konnten, sowie in Industriegegenden durch Einrichtung von Stillkrippen, Anstellung von Ziehkinderärzten u. dgl. *Rothe.*

Wallich: Mortalité infantile pendant le premier mois de la vie. (Kindersterblichkeit während des ersten Lebensmonats.) Rev. prat. d'obstétr. et de paediatr. Jg. **26**, Nr. 292, S. 257—283. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **3**, S. 91.

● **Dunoyer, A.: De certaines contractures tétaniformes chez l'enfant nouveau-né.** (Gewisse tetaniforme Kontrakturen beim Neugeborenen.) Paris: Vigot frères. 1913. Frcs. 2.50.

Hebammenwesen und -unterricht:

● **Walther, Heinr.: Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen zum Gebrauche für Wochenpflege- und Hebammen-Schülerinnen. Mit Vorwort zur 1. Aufl. v. Herm. Löhlein. 4. verm. u. verb. Aufl.** Wiesbaden: Bergmann. 1913. XXV, 206 S. u. 25 Temperaturzettel. M. 2.65.

Grenzgebiete.

Soziales. Statistik:

Eulenburg, Albert: Sexuelle Diätetik. Geschlecht u. Gesellschaft Bd. 8, H. 7, S. 287—303. 1913.

Aufgabe der Sexualdiätetik ist es, die Jugend gegen die unter den heutigen Lebensverhältnissen in verstärktem Maße herandrängenden Sinnesreize zu festigen. Den Lockungen des Genußlebens sind in hygienischer und sittlicher Beziehung einwandfreie Ziele entgegenzustellen, die vor allem auf dem Felde wetteifernder Spiel- und Sportausübung gesucht werden sollen. Dazu ist es nötig, daß Spiel- und Sportbetrieb als ein unentbehrlicher Bestandteil des Schulunterrichts anerkannt und methodisch gepflegt wird. Es folgen dann Vorschläge zur Verbesserung der häuslichen Hygiene, die sich vorwiegend auf Ernährung, Kleidung und Körperpflege beziehen. Als besonders wichtig hat ferner die Überwachung der Lektüre und des Besuches öffentlicher Schaustellungen zu gelten. Die Koedukation verdient nur unter gewissen Einschränkungen Anerkennung. Mit einer ausführlichen Klarlegung der Onaniefrage schließen die Betrachtungen. *Holste* (Stettin).

● **Fischer, Eug.: Die Rehobother Bastards und das Bastardierungsproblem beim Menschen. Anthropologische und ethnographische Studien am Rehobother Bastardvolk in Deutsch-Südwest-Afrika, ausgeführt m. Unterstützg. der kgl. preuß. Akademie der Wissenschaften.** Jena: Fischer. 1913. VII, 327 S., 19 Taf. M. 16.—.

Maus, L. Mervin: Heredity and eugenics. (Erblichkeit und Eugenik.) Med. Times Bd. **41**, Nr. 8, S. 227—230. 1913.

● **Schmölder, Rob.: Die Prostitution, ihre alsbaldige Regelung ein dringendes Bedürfnis.** Leipzig: J. A. Barth. 1913. 24 S. M. —.30.

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band III, Heft 9. S. 385—416.

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Magnan, Ed. Lévy A., et Ch. Sellet: De la croissance des organes chez l'homme. (Über das Wachstum der Organe beim Menschen.) Rev. prat. d'obstétr. et de paediatr. Jg. **26**, Nr. 291, S. 233—238. 1913.

Mit Richet, Maurel und Magnan sieht Autor im Wachstum besonders der Leber einen Gradmesser der Fortentwicklung der anderen Organe. Seine Untersuchungen über das Wachstum der Organe vom 3. Schwangerschaftsmonat bis 25. Jahr ergaben unter Beziehung der Resultate auf das jeweilige Körpergewicht in kg, daß die Organe im jugendlichen Alter verhältnismäßig mehr wiegen. *Mohr* (Berlin).

Stewart, T. Grainger, and R. Rutson James, Case of pituitary tumour (Lorain type), small adult body with retarded sexual development, but no adiposity; failure of function of anterior lobe. (Ein Hypophysentumor bei einem körperlich zurückgebliebenen Mädchen mit verzögerter Geschlechtsentwicklung, ohne Fettsucht. Funktioneller Defekt des Vorderlappens.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 7. Sect. of neurol. a. ophthalmol. S. XXV—XXVI. 1913.

Bei einem unentwickelten 21 jährigen Mädchen, das noch nicht menstruiert war, setzte plötzlich unter einem initialen Anfall von vorübergehender Verwirrtheit und Krämpfen die Krankheit mit Erblindung, mit Störung des Gehör- und Geruchssinnes und mit heftigen Kopfschmerzen ein. Unter fortschreitender motorischer Lähmung erfolgte nach 10 Monaten der Tod. *Gräfenberg* (Berlin).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Davidson, A. W.: Serum and vaccine therapy. (Serum und Vaccinetherapie.) Americ. med. journal Bd. **41**, Nr. 9, S. 685—694. 1913.

Nichts Neues. *Mohr* (Berlin).

Gundrum, F. F.: Use of sera in medical hemorrhage. (Anwendung von Serum bei hämorrhagischer Diathese.) California State journal of med. Bd. **11**, Nr. 10, S. 400—402. 1913.

Eine logische Therapie in Fällen von hämorrhagischer Diathese (Hämophilie, Hämorrhagien bei Neugeborenen, Purpura, Gelbsucht, schwerer Anämie, Typhus, Dysenterie, Lungenschädigungen, Nephritis, Malaria) sollte sich danach richten, ob die Blutungen auf einen Überschuß von Antithrombin oder das Fehlen eines der zur Blutgerinnung erforderlichen Stoffe zurückzuführen sind. Von den üblichen Medikamenten ist eine Beeinflussung der Blutzusammensetzung nicht zu erwarten. Dagegen darf man von der Injektion von Serum und defibriniertem Blut mit einiger Wahrscheinlichkeit die Bindung überschüssigen Antithrombins und den Ersatz etwa fehlender Substanzen erwarten. Gleichzeitig führt man Kalksalze per os zu. Ist ein unzureichender Fibrinogengehalt des Blutes Ursache der Blutungen (Lebercirrhose), so kann nur durch direkte Bluttransfusion Abhilfe geschaffen werden.

Verf. berichtet über 7 Fälle verschiedenartiger Hämorrhagien, in denen die Blutungen nach Injektion von Serum bzw. defibriniertem Blut aufhörten. Ein Fall von Gelbsucht beim Neugeborenen ging trotz der Behandlung verloren. *Schmitz* (Freiburg i. B.).

Redlich, A. A.: Die Bedeutung der inneren Sekretion in der Physiologie und Pathologie der weiblichen Geschlechtssphäre. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. **28**, H. 9, S. 1092—1120. 1913. (Russisch.)

Autor berichtet auf Grund eigener Beobachtung und tierischer Experimente

über die wechselseitigen Beziehungen der Drüsen mit innerer Sekretion und der Beeinflussung dieser Drüsen der Geschlechtssphäre. Diese wechselseitigen Beziehungen sind zweierlei Natur: die Drüsen wirken aufeinander hemmend oder erregend. (Lactationsamenorrhöe, Erkrankung der Hypophyse — Klimakterium praecox, bei Schwangerschaft — stärkere Sekretion der Nebennieren.) Die wechselseitigen Beziehungen der Drüsen sind durch das Gleichgewicht bedingt, in dem sich die Drüsen infolge Produktion einer gewissen Menge von Stoffen befinden. Die hemmende Wirkung einer Drüse ist ihre spezifische Funktion, die gegen eine andere Drüse gerichtet ist. Wenn diese hemmende Wirkung abgeschwächt wird, fängt die vorher gehemmte Drüse an zu hyperfunktionieren. Beim vollständigen Versagen einer Drüse ist die Wirkung ihres spezifischen Sekretes auch ganz aufgehoben. Nach Redlich hemmt das Ovarium die Schilddrüse, Hypophyse und die Nebennieren, erregt aber die Gl. parathyreoideae. Nach Caro wirken hemmend auf die Schilddrüse die Gl. parathyreoideae, Thymus und Pankreas. Der Uterus hemmt die Schilddrüse und erregt die Nebennieren. Die Thymus erregt die Hypophysis. *Ginsburg* (Breslau).

Tschudnowsky: Zur Frage über den Nachweis der Abwehrfermente mittels der optischen Methode und des Dialysierverfahrens nach Abderhalden im Blutserum bei Schwangerschaft und gynaekologischen Erkrankungen. (*Univ.-Frauenklin., Jena.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 41, S. 2282—2283. 1913.

Beide Abderhaldensche Methoden der Serumuntersuchung, das optische wie das Dialysier-Verfahren, sind durchaus zuverlässig. Verf. beweist es von neuem an seinen 40 Fällen. Wer keine zuverlässigen Resultate erhält, beherrscht die Technik nicht. *Ehrenberg* (Berlin).

Allgemeine Diagnostik:

Jolles, Adolf: Azotometer zur quantitativen Bestimmung des Harnstoffes, der Harnsäure und der Purinbasen im Harne. (*Chem.-mikroskop. Laborat. von Ad. Jolles, Wien.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 42, S. 2345—2346. 1913.

Jolles, Adolf: Über die volumetrische quantitative Harnstoffbestimmung. Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. **20,** Nr. 41, S. 1246—1247. 1913.

Allgemeine Therapie:

Chase, Walter B.: Menorrhagia and metrorrhagia. Suggestions as to treatment and remarks on recent claims for radio-therapy. (Menorrhagien und Metrorrhagien — therapeutische Vorschläge und Bemerkungen über die gegenwärtig geforderte Radiotherapie.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18,** Nr. 12, S. 289—293. 1913.

Verf. bespricht zunächst die Hygiene in der Menstruation, dann die Therapie der Menorrhagien, zunächst die interne, Styptica, Eisen, Arsen usw. Ist Metropathie die Ursache, so empfiehlt er die Röntgenbestrahlung, und zwar die Gaußsche Intensivbestrahlung; dieselbe Therapie wendet Verf. auch bei Myomen an. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Partos, E.: Les bases scientifiques de la radiothérapie en gynécologie. (Die wissenschaftlichen Grundlagen der gynaekologischen Radiotherapie.) Rev. méd. de la Suisse Romande Jg. **33,** Nr. 6, S. 459—471. 1913.

Verf. gibt einen historischen Überblick über die Entwicklung der gynaekologischen Röntgentechnik und bespricht eingehend die Freiburger Methode, nach der auch an der Genfer Frauenklinik (Prof. Beuttner) bestrahlt wird. *Lembcke* (Freiburg i. B.).

Albert-Weil, E.: Principes généraux de la technique des applications radiothérapiques. (Technik der Röntgentherapie.) Journal de physiothérap. Jg. **11,** H. 9, S. 457—464. 1913.

Fokus-Hautdistanz 30 cm, Feldgröße: der Durchmesser des Feldes soll kleiner sein als die Hälfte des Fokus-Hautabstandes; Strahlenqualität: sehr harte Strahlung. Filterwahl: für Tiefenbestrahlung wäre theoretisch 6—10 mm Al. am rationellsten; da hierbei die Bestrahlung jedoch zuviel Zeit erfordere, wird meist ein Filter von 0,2—4 mm Al. verwendet. Neuerdings neigt man mehr zum Gebrauch des 4 mm Al. F. (seit Regaud und Nogier). Maximaldosis: nach Ehrmann 6 H bei 7 Benoist ohne Filter, 8—9 H bei 8,5 Benoist jenseits von 1 mm Al. F.

geben Erytheme 1. Grades. Von einer sehr harten, durch 4 mm Al. gefilterten Strahlung kann man 10 H in 14tägigen Intervallen applizieren, ohne eine Radiodermatitis zu riskieren; es entsteht eine geringe Pigmentation, die nach 6 Monaten verschwindet. Regaud und Cremieu geben 14 H unter 4 mm Al. F. Freies Intervall: im allgemeinen 20 Tage, doch kann man nach Verf. bei Gebrauch starker Filter (3—4 mm Al.) die ersten Male täglich bestrahlen. Kreuzfeuerbestrahlung,' Hautschutz: Desensibilisierung der Haut entweder durch Kompression oder Adrenalin-Injektionen, Hochfrequenz nach Lenz oder Drahtnetz nach Köhler. *Lembcke.*

Sellheim, Hugo: Neue Wege zur Steigerung der zerstörenden Wirkung der Röntgenstrahlen auf tiefliegende Geschwülste. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 41, S. 2266—2268. 1913.

Weil Radium zu teuer und auch nicht in genügend großen Mengen vorhanden, Verbesserung und Ausbau der bisherigen Röntgentechnik. Ein größerer Anteil der elektrischen Energie als sonst in möglichst harte, isolierte Röntgenstrahlen umgewandelt durch den Dessauerschen Reformapparat. Erhöhung der stark zerstörenden Sekundärstrahlen durch Einverleibung von Metallen in den Tumor. Intensität und Durchdringungsfähigkeit der Röntgenstrahlen noch gesteigert durch die von Amrhein angegebene Kühlung der Antikathodenrückfläche mittels Wasserzerstäubung (Wirkung von Sellheim im Versuch bestätigt). Der große Abstand des Fokus vom Filter durch neue Konstruktion nach Sellheim - Meyer überwunden: bei dieser Röhre Antikathode in der Peripherie der Röhre gelegen, ja sogar ev. am Ende eines angeschmolzenen Ansatzes; außerdem Antikathode selbst als Filter benutzt, denn die Strahlung findet nicht bloß über die vordere, sondern auch über die hintere Fläche der Antikathode statt (Absorptionskoeffizient des Antikathodenmetalls nicht zu groß gewählt!). Durch Kombination der Filterantikathode mit der Amrheinschen Kühlvorrichtung noch weitere Steigerung der „Radiumähnlichkeit" der Röntgenstrahlung möglich.

Monheim (München).

Sippel, Albert: Die Behandlung der Uterusmyome mit Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 40, S. 2226—2230. 1913.

Verf. stellt die von ihm seit $6^1/_2$ Monaten mit Röntgenstrahlen behandelten sechs Uterusmyome zusammen, die er nach der von Albers - Schönberg inaugurierten Methode (nur mit etwas kürzerem Fokusabstand und 3 mm Aluminiumfilter) bestrahlt, da er sich von der dauernden Gefahrlosigkeit der hohen nach der Methode Gauss applizierten Strahlendosen nicht überzeugen kann. Der Effekt des milderen Bestrahlungsverfahrens ist langsamer als die Intensivbestrahlung, aber gut, außerdem verfügt ersteres über Beobachtungszeiten von über 5 Jahre, so daß man hier ein besseres Urteil über Spätwirkungen hat. Kontraindikationen der Myombestrahlung sind vom Verf. schon früher aufgestellt, die Hauptdomäne der Bestrahlung sind diejenigen Myome, welche durch mehr oder weniger stark nach dem Cavum und der Mucosa entwickelten Sitz zu schweren Blutungen führen. Vorsicht bei Bestrahlung jüngerer Frauen, die weit größere Strahlenmengen als Frauen in der Nähe der Klimax gebrauchen. Bedenken muß man auch, daß bei Erreichung der Amenorrhöe die Myomzelle selber nicht vernichtet wird, daher muß man diese Patientinnen stets in Beobachtung behalten. Neben der Röntgentherapie bleibt aber die operative Behandlung zu vollem Recht bestehen für alle diejenigen Fälle, die für die Röntgenbestrahlung ungeeignet erscheinen. Sollte die wuchernde Myomzelle einer spezifischen Einwirkung der Röntgenstrahlen zugänglich sein, müßte man die Indikationsstellung entsprechend erweitern. *Lohfeldt* (Hamburg).

Belot: A propos du localisateur pour radiothérapie des affections utéro-annexielles. (Zur Lokalisation in der Radiotherapie der Uterus- und Adnexerkrankungen.) Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jg. **5,** Nr. 47, S. 256—258. 1913.

Belot bespricht seine Untersuchungen an der Leiche, bei denen er die Ovarien durchschnittlich ca. 2 cm unterhalb, etwas median und vor der Kreuzungsstelle des Ureters mit der Iliaca fand. Dementsprechend stellt er bei der Bestrahlung ein, und zwar wählt er viele dreieckige Felder, im Gegensatz zu Bouchacourt, der keine Felder,

sondern Totalbestrahlung anwendet, da man sich nach seiner Erfahrung speziell bei pathologischen Verhältnissen in der Lokalisation der Ovarien um 10—12 cm täuschen kann. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Courmelles, Foveau de: Les rayons Roentgen et le radium en gynécologie. (Röntgenstrahlen und Radium in der Gynaekologie.) Journal de physiothérap. Jg. **11**, H. 9, S. 465—485. 1913.

Verf. bringt einen historischen Überblick über die Entwicklung der Röntgen- und Radiumtherapie. Die wichtigsten hier resümierten neueren Arbeiten wurden bereits aus andern Abhandlungen referiert, so daß sich hier ein Eingehen auf dieselben erübrigt. *Lembcke* (Freiburg).

Peham, H.: Zur Radiumbehandlung in der Gynaekologie. (*Wien. allg. Poliklin.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 41, S. 1650—1651. 1913.

Verf. hat im ganzen bei 12 gynaekologischen Fällen das Radium versucht. Er fand, daß die der direkten Bestrahlung zugänglichen Fälle am weiblichen Genitale günstig beeinflußt werden, wie wir es schon lange vom Hautcarcinom wissen. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen ist es jedoch nicht möglich, vom Radium als einem spezifischen Heilmittel bei Carcinom zu sprechen. Man ist daher auch vorläufig nicht berechtigt, an Stelle der bisherigen operativen Behandlung die Behandlung mit Radium zu empfehlen. Ein beginnendes Carcinom einer länger dauernden Behandlung mit Radium zu unterwerfen, hält Verf. für bedenklich, weil man durch das Hinausschieben der Operation die Chancen derselben verschlechtert. Empfehlenswert ist dagegen die Verwendung des Radiums bei inoperablen Fällen und bei Rezidiven. *Runge* (Berlin).

Schmidt, H. E.: Über die früher und heute erzielten Erfolge der Strahlenbehandlung bei tiefgelegenen Carcinomen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21**, H. 1, S. 33—39. 1913.

Auf Grund der bisher in der Literatur niedergelegten Fälle scheint der Beweis dafür, daß die Erfolge heute qualitativ wesentlich anders sind als früher, noch nicht erbracht zu sein, trotz der Besserung der Tiefenbestrahlungstechnik durch Gauss. Auch die Massendosen und die bessere Filtrierung haben bisher nicht genügt, um eine restlose Vernichtung des Carcinomgewebes herbeizuführen. Schmidt hält die Applikation dieser Massendosen nicht nur für überflüssig, sondern auch für gefährlich. Die Anwendung der strahlenden Energie bei inoperablem Carcinom bedeutet einstweilen noch nichts anderes als ein allerdings vorzügliches Palliativmittel. *Goldschmidt* (Hannover).

Dessauer, Friedrich: Fortschritte in der Erzeugung harter Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 41, S. 2268—2269. 1913.

Verf. versuchte gemeinsam mit Prof. Sellheim durch in bestimmter Weise betriebene Röntgenröhren einen Anteil sehr harter Strahlen zu erzeugen, die herausfiltriert, etwa auf $^3/_4$ des Härtegrades der γ-Strahlung des Radiums resp. Mesothoriums zu schätzen wären. Die Verbindung dieser Strahlung mit der Meyer-Sellheimschen Röhre müßte in einigen Fällen jetzt schon das Radium ersetzen können. (Abbildung einer M.-S.-Röhre, bei der die Röntgenstrahlen an der Innenwand eines mittels Glasansatz an die Röhre angeschmolzenen Antikathodenkegels entstehen.) Einen weiteren Fortschritt in der Ökonomie der Röntgenstrahlenerzeugung stellt der neue Reformapparat des Verf. dar: Eine bestimmte Entladungsform elektrischer Energie von besonders großer Stromstärke in sehr kurzer Zeit in die Röhre hineingeschickt, erzeugt einen besonders großen Anteil harter Röntgenstrahlen. Weitere Steigerung der Stromdichte und Erzielen sehr großer Tiefenwirkungen durch die starke Wasserstaubnebelkühlung der Antikathodenrückfläche nach Amrhein. Auf diese Weise unter 3 mm Al. in 3 Min. 20 X zu erzielen, sogar an mehreren Stellen zugleich, ist möglich, weil der Reformapparat mehrere Röhren zugleich betreibt. *Monheim* (München).

Szilard, B.: Über einen neuen Apparat für sämtliche Messungen der Radioaktivität. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. **29**, S. 1352—1353. 1913.

Die Vorzüge des Apparates bestehen darin, daß er stets meßbereit ist und keiner Montage bedarf, daß er leicht abgelesen werden kann, handlich und sehr solide ist, so daß er zur raschen Ausführung einer Reihe von Messungen verwandt werden kann. Das Prinzip des Apparates

beruht darauf, daß die Nadel, deren Potential gleich demjenigen des Gehäuses ist, gleichzeitig als starrer Zeiger und als mobiles System, das von einem elektrisch geladenen Sektor angezogen wird, dient. Das Gegendrehmoment wird durch eine zylindrische Spiralfeder geleistet, an welcher die in Rubinsteinen gelagerte Nadel aufgehängt ist. Eine nähere Beschreibung des Apparates ist nur an der Hand der beigegebenen Abbildungen möglich. Das Modell ist hauptsächlich für die Messung der Ionisation bestimmt und ist betreffs seiner Ladung sehr empfindlich. Seine Kapazität ist von der Größenordnung von ca. zwei elektrostatischen Einheiten. Die ersten Teilstrecken entsprechen ungefähr 250, die letzten ca. 900 Volt. Eine Teilstrecke der fixen Skala entspricht ungefähr 5 Volt. Ein Strom von der Größenordnung 10 bis 11 Ampère bewirkt eine Zeigerablenkung von ca. 1° pro Sekunde. Durch 1 g Uranoxyd wird der Apparat in ca. 120 Sekunden entladen. *Benthin* (Königsberg i. P.)

Freudenberg, A.: An electric heating cushion for pelvis and perineum in the form of bathing drawers. (Ein elektrisches Heizkissen für Becken und Damm in Badehosenform.) Urol. a. cut. rev. Bd. **17**, Nr. 9, S. 473. 1913.

Ein elektrisches Heizkissen für Becken und Damm in Badehosenform, verwendbar bei allen Entzündungen der Becken-, Damm- und Unterleibserkrankungen bis zum Proc. vermiformis. Erhältlich bei Richard Heilbrun, Berlin. *Penkert* (Halle a. S.).

Allgemeine Chirurgie:

Schmid, Hans H.: Lokalanästhesie in der Geburtshilfe. (*Dtsch. geburtsh. Klin., Prag.*) 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Anästhesie 6.—12. VIII, 1913.

Vorzügliche Resultate ergab die Injektion von 30—50 ccm $^1/_2$proz. Novocain-Suprareninlösung nach Braun bei der Naht frischer Dammrisse zweiten Grades und Episiotomiewunden, welche an der Prager Klinik in rund 200 Fällen zur Anwendung kam; außer der Schmerzlosigkeit erleichtert die Blutleere ganz wesentlich die richtige Adaption der Wundflächen. — Die Nervenanästhesie mit 40—50 ccm 2proz. Lösung wurde bei der Exstirpation der varikös veränderten Vena saphena in 5 Fällen vorgenommen, stets mit gutem Erfolge; die Injektion in den Nervus obturatorius bereitete nicht die von anderer Seite hervorgehobenen Schwierigkeiten. Autoreferat.

Siegel, P. W.: Der Dämmerschlaf in der Geburtshilfe mit konstanten Scopolaminlösungen. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 41, S. 2280—2281. 1913.

Durch Zusatz des sechswertigen löslichen Mannitalkohols hat Straub eine haltbare Scopolaminlösung hergestellt, die der frischen Lösung völlig entsprechen soll. Vom Verf. ist dieses Mittel, das beim Gebrauch bereits $1^1/_2$ Jahre alt war, an 22 Fällen geprüft. Die Resultate stehen den mit frischem Scopolamin erzielten in keiner Weise nach. Vollkommene Wirkung: 74%, unvollkommene: 26%. Bei sechs Kindern wurde Oligopnöe beobachtet, die jedoch ohne jede Reiztherapie verschwand. *Holste* (Stettin).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Vander Veer. James N.: Some aspects in relation to the chronic gonorrheic, from the standpoint of surgery and eugenics. (Ausblicke auf die Behandlung der chronischen Gonorrhöe vom Standpunkt der Chirurgie und Hygiene.) Albany med. ann. Bd. **34**, Nr. 10, S. 602—610. 1913.

Verf. verlangt eine wirksamere persönliche und allgemeine Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, bei deren Durchführung den Ärzten die wirksamste Rolle zufällt. In einigen Staaten Nordamerikas besteht bereits die Anzeigepflicht genau wie bei den übrigen Infektionskrankheiten; verlangt werden müßten auch Gesundheitsatteste von Eheschließenden. *Rittershaus* (Coburg).

Allgemeines über Geschwülste:

Izar, G., e C. Basile: Azione del solfo colloidale sul sarcoma del ratto. (Wirkung von kolloidalem Schwefel auf Sarkom der Ratten.) (*Istit. di patol. spec. med. dimostr. e osp. vitt. Eman., Catania.*) Tumori Jg. 2, Nr. 6, S. 650 bis 652. 1913.

Die experimentell erzeugten Tumore waren gefäßreiche Spindelzellensarkome, die in

ihrem histologischen Bau während ihres Wachstums genau untersucht waren. Intravenös wurde je 0,5 ccm einer 1proz. wässerigen Suspension von kolloidalem Schwefel injiziert. Die Ratten wurden 10, 20 und 28 Tage nach der Injektion getötet, die Tumoren, die etwa haselnußgroß waren, schrumpften jeweils auf die Hälfte bis zur Größe einer Erbse. Mikroskopisch zeigten sich regressive, lytische Veränderungen mit verminderter Affinität für Eosin, ganz selten Leukocyteneinwanderung. Im II. und III. Fall fanden sich kleine Hämorrhagien, außer den genannten Veränderungen. Bei der 4. Ratte, einer anderen Serie mit hühnereigroßem Tumor, ebenso behandelt und nach 10 Tagen getötet, war dieser wenig verkleinert, mikroskopisch fand sich Hyperämie, spärliche Hämorrhagien und Nekrosen, dagegen zahlreiche neoplastische Elemente.
Berberich (Karlsruhe).

Colin, A.: Die moderne Krebsbehandlung. Zentralbl. f. d. ges. Therap. Jg. **31**, H. 10, S. 505—508. 1913.

Am erfolgreichsten in der Behandlung des Krebses ist die Radiotherapie gewesen. Die schwierige Beschaffung und der hohe Preis des Mesothorium lassen noch oft die Röntgentherapie zur Verwendung kommen. Harte und weiche Strahlen werden durch intratumorale Injektionen mit Cholin (das ja auch durch Strahlenwirkung aus dem Lecithin des Tumors entsteht), durch Enzytol (borsaures Cholin) sowie durch Hyperämieentwicklung mit Diathermie und Hochfrequenzströmen unterstützt (Werner, Müller). Die kolloidalen Metalle: Eosinselen, Elektroselen, Elektrokuprol (Kuprase), Elektrokobalt, Elektrovanadium wirken symptomatisch günstig, ohne bei ihrer großen Giftigkeit zu vollständiger Zerstörung der Krebszelle verwandt werden zu können. Dem Radium nicht nachstehend ist das Mesothorium, dessen geringe Halbwertszeit (5,5 Jahre) durch seine höhere Strahlenintensität und seinen billigeren Preis aufgewogen wird. Es wirkt durch Umwandlung des Tumors in Bindegewebe, allerdings nur in nächster Umgebung. Unter den radiaktiven Mitteln hält Autor das Thorium-X für besonders wertvoll. Beachtenswerte Erfolge wurden auch mit Autolysat und Autoserotherapie erzielt.
Mohr (Berlin).

Unterricht und Lehrmittel:

● **Jessner, S.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtsleiden einschließlich der Kosmetik. Bd. 2, 4. erw. Aufl.** Würzburg: Kabitzsch 1913. VIII, 344 S. M. 8.—.

Nach kurzer Beschreibung des Ulcus molle wird in ausführlicher Weise die Syphilis besprochen. Theoretisches ist fortgelassen, Literaturangaben fehlen — aber für den Praktiker bringt das Lehrbuch alles Wissenswerte. Unter „Syphilis des Blutes" wird die Wassermannsche Reaktion eingehend gewürdigt und ihre technische Ausführung erläutert. Die Syphilis der inneren weiblichen Genitalien wird kurz berührt. Der Besprechung der Syphilis aller inneren Organe folgt die Syphilis hereditaria. Ätiologie, Prognose und Diagnose der Syphilis, ferner pathologische Anatomie, Geschichte und Prophylaxe der Syphilis vervollständigen das über Lues Wichtige. Die Therapie umfaßt die Allgemeinbehandlung, Iunctionskur, subcutane Quecksilberbehandlung, die Hydrargyrumbehandlungen einer eingehenden Kritik unterziehend. Die Salvarsanbehandlung wird sehr ausführlich besprochen, der Nutzen und Schaden abgewogen. Die „Gonorrhöe" bezieht sich meist auf die männliche Erkrankung, dem Wissen über weibliche Gonorrhöe wird etwas Neues nicht zugefügt, doch soll nicht unerwähnt bleiben, daß Jeßner für die Cervixgonorrhöe und Endometritis gonorrhoica corporis eine lokale Therapie empfiehlt. Einen Anhang zum Lehrbuch stellen bakteriologische und serologische Untersuchungsmethoden dar.
P. Meyer (Berlin).

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Suggett, O. LeGrand: Hygienic and dietetic management of genito-urinary and venereal diseases. (Hygienische und diätetische Maßnahmen bei Erkrankungen des Urogenitaltrakts.) Med. times Vol. **41**, Nr. 9, S. 272—274. 1913.

Nichts Neues.
Liek (Danzig).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Stolz, Max: Die vaginale Untersuchung der Kinder. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 37, Nr. 41, S. 1534—1536. 1913.

Nachdem die Weite der kindlichen Vagina durch einen Sängerschen Stift festgestellt ist, wird das passende gut eingeführte Röhrenspeculum, das zum Schutze des Hymens mit Obturator versehen ist, in die Vagina eingeführt. Wird darauf der Obturator entfernt und beleuchtet man das Gesichtsfeld vermittels eines konkaven zentral durchbrochenen Spiegels genau wie bei einer Ohrenuntersuchung, so kann man selbst bei ganz enger kindlicher Vagina schnell zur Diagnose kommen und etwa nötig werdende intravaginale Behandlungen vornehmen.

Ehrenberg (Berlin).

Adkins, W. N.: Vulvo-vaginitis in infants and children. (Vulvovaginitis bei Kindern.) Atlanta journal-rec. of med. Bd. **60**, Nr. 6, S. 267—272. 1913.

Die nicht spezifische Vulvovaginitis ist gewöhnlich nur ein Katarrh, eine Konstitutionsanomalie bei Anämischen und Schwachen. Die spezifische schließt sich besonders leicht an Infektionskrankheiten desquamativen Charakters an (Masern, Scharlach). Sie verbreitet sich enorm schnell in Hospitälern. Strengste Asepsis (Gummihandschuhe, eigene Thermometer, Wäsche) mindert nur die Zahl der Fälle. Bei allen Frauen und Kindern sollte bei Eintritt in das Hospital bakteriologisch auf Gonorrhöe untersucht werden. Technik: Mit kleiner Glaspipette und Gummiballon wird eine schwache Bichloridlösung mehrmals in die Scheide gespritzt und wieder aufgesogen. Von dieser Lösung ist ein Abstrich zu nehmen. Auch die Cervix ist oft ergriffen. Scheinbar atretische Hymen zeigen bei genauer Inspektion doch winzige Eingangsstellen. Behandlung mit Vaccine, Milchsäurebacillus, Permanganatspülungen, gefolgt von 10% Argyrol, halfen wenig, Bettruhe noch am meisten. Rheumatismus und Arthritis sah Autor nie, einige Male Infektionen der Augen. Eine große Gefahr für Kinder sind bei der sexuellen Infiziertheit der Neger alle farbigen Kindermädchen. *Mohr* (Berlin).

Uterus:

Winiwarter, Alexander F. Ritter v.: Die Verteilung des Extraktivstickstoffes in der glatten Muskulatur des Uterus. (*Physiol. Inst., Univ. Wien.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 3, S. 530—539. 1913.

In 4 Versuchsreihen (Pferdeuterus, nicht gravider Uterus, puerperaler Uterus, Myom) hat Winiwarter zunächst den Gesamtstickstoff, dann die durch Phosphorwolframsäure fällbaren Substanzen, die Albumosen, den Ammoniak, die Purinkörper, das Karnosin, Kreatin, Kreatinin und den Harnstoff bestimmt. Vergleich mit den Befunden in quergestreifter Muskulatur.

Winiwarter schließt aus seinen Zahlen: Entsprechend der Anreicherung der Uterusmuskulatur in der Gravidität findet sich Zunahme aller Extraktivstoffe unter Einhaltung der prozentualen Relation untereinander. Dieses Schritthalten der Zunahme der Extraktivstoffe mit der Volums- und Gewichtszunahme fand W. auch beim Myom.

Bauer (Berlin).

Philips, Theodor Benoit: Myom und Sterilität. (*Frauenklinik Amsterdam.*) Dissertation. 1913. 184 S. (Holländisch.)

Einer ausführlichen sachlichen und kritischen Literaturübersicht folgt die Statistik der Amsterdamer Frauenklinik, welche im ganzen 1094 Myome umfaßt. Davon waren 814 = 75,5% verheiratet, 241 davon = 29,9% steril. Unverheiratet 264 = 24,5%. Auf 814 verheiratete kommen 1805 Kinder und 441 Aborte, also 2,25% Kinder und nur 0,55% Aborte, mit Abzug der Nulliparen 3,21% Kinder und 0,8% Aborte.

Auf Grund seines Materials kommt Verf. zu den Schlüssen: Es besteht eine gewisse Koincidenz von Myom und Sterilität bzw. verminderter Fertilität. Das Verhältnis zwischen Nulliparen und Multiparen ist bei Myompatientinnen gleich wie bei den Frauen im allgemeinen. Die Fertilität bei verheirateten Myompatientinnen ist geringer als bei den Frauen im allgemeinen, die Abortfrequenz größer. Bei abortierenden Myompatientinnen scheint in der Hälfte der Fälle der Tumor die Ursache des Aborts zu sein; in den meisten Fällen ist der Tumor die Folge des Ausbleibens der Konzeption. Myom ist keine unbedingte Ursache für Sterilität, obgleich beides in der Statistik oft zusammen-

trifft. Die Kombination von Myom mit Schwangerschaft ist bei subserösen Myomen geringer; bei ihnen ist auch die Abortfrequenz geringer, die Fertilität sehr hoch. Bei steril Verheirateten überwiegen die intramuralen Tumoren. Die primäre Sterilität (hier 139 Fälle) überwiegt die sekundäre (hier 32 Fälle), primär 81%, sekundär 19%, an der Amsterdamer Klinik. Bei primär Sterilen nimmt der Tumor mit dem Alter und der Dauer der Ehe in konstantem Verhältnis zu. Bei sekundär Sterilen besteht kein festes Verhältnis; im Durchschnitt kommen diese Patienten bei gleichgroßem Tumor wie die erste Gruppe aber in jüngerem Alter zum Arzt. Bei unverheirateten Myompatientinnen ist der Tumor um so größer, je älter die Patientin ist. Bei frühem Aufhören des Geschlechtslebens ist die Fertilität unabhängig von der Größe des Tumors, was dafür spricht, daß er sich erst nach Erfüllung der Geschlechtsansprüche entwickelt hat. *Stratz.*

Öhmann, K. H.: Uterusmyom und Ovarialblutungen. (*Gynaekol. Klin., Helsingfors.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 42, S. 1566—1569. 1913.

Bericht über 8 Fälle gleichzeitigen Bestehens von Uterusmyomen und mehr oder weniger starken Blutungen in die Ovarien mit kurzer Besprechung der einschlägigen Literatur. Öhmann ist der Ansicht, daß die mit der Myombildung im Uterus gewöhnlich einhergehende starke Blutkongestion in den inneren Geschlechtsteilen die Uterusblutungen wie auch die Blutungen in den Ovarien verursacht, ohne daß Ovarien oder Tuben entzündlich verändert sind. Der Umfang der Ovarialblutungen, mikroskopische Blutungen in nächster Umgebung der Follikel bis zu ausgedehnten Durchblutungen des Ovarialgewebes, steht im geraden Verhältnis zu der Reichlichkeit und der Dauer der Uterusblutungen. Ö. betont die Wichtigkeit einer genauen Anamnesenerhebung in bezug auf Dauer und Menge der Blutungen und verlangt bei jeder Laparotomie wegen Uterusblutungen oder Uterusmyoms eine Kontrolle der Ovarien. *Bert.*

Wertheim: Le cancer de l'utérus „col et corps". Technique de l'opération et efficacité. (Operationstechnik und Erfolg bei Krebs des Gebärmutterhalses und -körpers.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. **Bd. 10,** H. 9, S. 502 bis 506. 1913.

Der Artikel basiert auf 714 Fällen der 3 letzten Jahre. Bei Cervixkrebs wurde stets die erweiterte abdominale Totalexstirpation ausgeführt, bei der Verf. noch immer besonderen Wert darauf legt, die Eröffnung der Vagina möglichst hinauszuschieben. d. h. sie stets erst dann vorzunehmen, nachdem die Genitalorgane, den Vaginalschlauch mit einbegriffen, ringsum vollständig losgelöst waren. Bei diesem Verfahren ist eine Infektionsgefahr vom Krebsherd aus fast ausgeschlossen, trotzdem sollte ein Präparieren dieses Herdes vor der Operation nicht unterbleiben, da namentlich bei schon weit vorgerückten Fällen ein Aufbrechen desselben im Verlauf der Operation vorkommen kann. Diese Präparierung besteht darin, daß nach gründlicher Reinigung und Kauterisieren mit Paquelin die ganze Vagina und der Krebskrater mit Gaze austamponiert wird, die in 5 proz. Höllensteinlösung getaucht wurde, und daß man diese Gaze — und zwar von unten her — erst unmittelbar vor Anlegen der Klammern und vor der Eröffnung der Vagina entfernt. Infolge dieser zweifellos aseptischen Methode ist auch das systematische Schließen des Peritoneums möglich, jedoch wird eine subperitoneale Drainage angelegt, um jede Retention postoperativen Eiters zu verhindern. Wo trotzdem Bindegewebseiterung mit nachfolgender Peritonitis auftrat, muß sie den Streptokokken zugeschrieben werden, die sich gerade bei Uteruscarcinom da und dort im Parametrium vorfinden. Die Ureternekrosen, die sich bei etwa 6% nach der Operation zeigten, sind schwerlich dieser subperitonealen Drainage zur Last zu legen, wenn die nötige Vorsicht dabei nicht außer acht gelassen wird. Die Hämostase wird mit entsprechend gebogenen Klammern ausgeführt; bei der Isolierung der Ureteren, einer Vorbedingung bei der erweiterten abdominalen Operation, ist größte Schonung der Ureterwand erforderlich, um Nekrosen und Fisteln zu verhüten. Resektionen der Ureteren werden nur dann gemacht, wenn sich beim Isolieren Krebs der Wand feststellen läßt. Trotz

aller Vorsichtsmaßregeln waren 6 Prozent postoperativer Ureternekrosen zu verzeichnen. — Bei freiwilligen oder unfreiwilligen Verletzungen der Ureteren wurde meist zur Einpflanzung in die Blase Zuflucht genommen; wo dies nicht ausführbar war, zur Exstirpation der Niere, entweder sofort, d. h. nach der Krebsoperation, oder in einer zweiten Sitzung; im letzteren Fall wurde der Ureter provisorisch in die Vagina oder Bauchwand eingenäht. Die Resultate waren relativ günstig: Heilungen 53,3%, rezidivfreie Fälle 186, worunter 14 mit bereits infizierten Lymphdrüsen. — Bei dem verhältnismäßig seltenen Funduskrebs schritt man schließlich gleichfalls zur erweiterten abdominalen Exstirpation, da trotz der viel höheren Operabilität (97 %) die definitiven Ergebnisse anderer Methoden nicht sehr befriedigten. Das Parametrium war hier nur äußerst selten krank, eigentlich nur dort, wo der Krebs vom Fundus aus bereits in den Hals vorgedrungen war, dagegen zeigten sich bei 16 % die Drüsen infiziert. — Ein definitives Urteil über den wirklichen Wert der bei Funduskrebs angewandten Methoden läßt sich heute zwar noch nicht abgeben, soviel aber steht bereits fest, daß der Laparotomie unbedingt der Vorrang vor der Vaginaloperation gebührt, da erstere gewissermaßen die Dosierung im Radikalverfahren gestattet. *Burk* (Stuttgart).

● **Sfakianakis, Josef: Uterus-Carcinom (Chorionepitheliom) im Anschluß an eine Blasenmole.** Berlin: Ebering. 1913. 21 S. M. —.75.

Bei einer 35jährigen Frau wird Ende Oktober 1910 eine Traubenmole ausgestoßen. Danach Blutungen, die trotz dreimaliger Ausschabung anhalten. Daher am 16. Februar 1911 vaginale Totalexstirpation, die Patientin gut übersteht. 3 Wochen p. operat. stirbt Patientin an einem Empyem, das aus einer schon vorher bestandenen Pleuritis tuberculosa sich entwickelte. Ein allgemeiner Obduktionsbericht liegt nicht vor, nur der ausgeschnittene Uterus zeigt an der hinteren Wand einen kirschgroßen Tumor von bläulichroter Farbe, dessen feinere Struktur sich als Chorionepitheliom erweist.

In der Epikrise vertritt Verf. den Standpunkt Nagels, der den Fall operierte, der das Chorionepitheliom als Carcinom auffaßt und ihm gleichen Ursprung wie den übrigen Carcinomen zuweist, nämlich Abstammung aus dem Epithel der Oberfläche oder den Drüsen des Endometriums. Verf. sieht so wenig wie Nagel irgendeine Beziehung der Tumorzellen zu Schwangerschaftsprodukten fötalen oder mütterlichen Ursprungs, und betont, daß der Tumor entweder schon vor der eintretenden Schwangerschaft da war und vielleicht die Unterbrechung der Schwangerschaft bewirkte, oder erst während der Schwangerschaft oder im Puerperium sich entwickelte. *Landau.*

Beckmann, W. G.: Zur Lehre der heterologischen, mesodermalen Neubildungen des Gebärmutterhalses. (*Obuchows Krankenh., St. Petersburg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. 28, H. 9, S. 1123—1152. 1913. (Russisch.)

22jährige, kachektische Patientin. Seit 2 Monaten blutiger Ausfluß. Die Untersuchung ergab einen aus Polypen bestehenden Tumor an der hinteren Cervixwand, auf einem zweifingerbreiten Stiel sitzend, die ganze Scheide ausfüllend. Einzelne Polypen lassen sich leicht abtrennen. Corpus uteri nicht vergrößert. Parametrien infiltriert. In Anbetracht des Allgemeinzustandes Abtragen der Polypen und Paquelinisieren. Nach 2 Wochen war der Befund wie vor der Operation. Nochmalige Operation. Unter zunehmender Kachexie 7 Wochen nach dem ersten Eingriff Exitus. Sektion: das kleine und teilweise das große Becken von polypösen Tumormassen ausgefüllt, von markiger Konsistenz. Linkes Ovarium nicht zu finden. Rechte Adnexe verdickt. Corpus uteri nicht verändert. Die Schleimhaut des Cervikalkanals stark verdickt in Form von tuberösen Auswachsungen. An der hinteren Peripherie des Cervix saß auf einem Stiel der Tumor. Durchwucherung der Neubildung ins Cavum Douglasii. Mikroskopischer Befund; Die Intercellularsubstanz besteht aus kernigem, zartem Gewebe. Zellen meistens rund mit großem, gut färbbarem, chromatinreichem Kern. In den kleinen Polypen bildet das Tumorgewebe papilläre Ausstülpungen, die vom mehrschichtigen Plattenepithel bedeckt sind. Hin und wieder sind Perlen zu sehen. Überall sehr reiche Gefäßentwicklung. In den peripher gelegenen Polypen hyaliner Knorpel, der in zentralen Stellen Kalkablagerung aufweist. Hier und da glatte Muskelfasern. Der Tumor ging von der Cervixschleimhaut aus. Die Muskelwand im ganzen intakt. Keine Metastasen.

Es liegt also in unserem Falle ein Mischtumor vor, der verschieden differenzierte Gewebsbestandteile enthält. Diese Differenzierung kommt einem embryonalen Gewebe zu. Produkte der Differenzierung: Knorpel, Knochen, glatte Muskelfasern stammen vom mittleren Keimblatt. Deshalb nennt Autor den Tumor eine meso-

dermale heterologische Geschwulst des Cervix uteri. Was die Entstehung solcher Tumoren anbetrifft, so ist Beckmann mit Wilms der Meinung, daß in der Embryonalzeit infolge der Verschiebung noch nicht differenziertes Gewebe durch den Wolfschen Gang in den Uterus und Scheide gelangt. Durch Differenzierung bildet sich später aus dem Keime die Mischgeschwulst. Das Wachstum des vom Mutterboden getrennten Gewebskeimes ist zunächst aus unbekannten Gründen verhindert, mit der Geschwulstbildung wächst es aber unaufhaltsam und unregelmäßig. Durchschnittliche Krankheitsdauer: 2 Jahre. Lokale Recidive häufig. *Ginsburg* (Breslau).

Somers, George B., and F. E. Blaisdell: The anatomy and surgical utility of sacro-uterine ligaments. (Die Anatomie und die chirurgische Bedeutung der Sacro-uterin-Ligamente.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 14, S. 1247—1253. 1913.

Der Arbeit liegen vergleichend anatomische Studien zugrunde. Bei Vierfüßlern mit horizontaler Körperlage ist der zweiteilige Uterus lang und dünn, sein Gewicht verteilt sich auf eine lange Strecke der peritonealen Haltebänder, diese sind dünn, die Anlage von Bindegewebe und Muskeln in ihnen ist nur rudimentär, am Boden des Douglas verlaufen zwei Peritonealbänder zwischen Rectum und Vagina; bei keiner Spezies der untersuchten niederen Tiere (Meerschweinchen, Kaninchen, Katze) verlaufen die Douglasfalten zwischen Kreuzbein und Uterus. In diesen Falten verlaufen Bindegewebsfasern und glatte Muskeln, die vom Uterus ihren Ursprung nehmen. Bei höheren Tieren mit aufrechter Körperhaltung (Affe) und beim Menschen werden die Lig. dicker und verlaufen vom Kreuzbein zum Uterus. Ein Bündel der elastischen Fasern zieht an die Fornices vaginae. Die Muskelfasern haben die Bedeutung eines Levator uteri. Bei Prolapsoperation werden die Sakro-uterin-Ligamente von der hinteren Scheidenwand aus zugänglich gemacht, hervorgezogen, nach Bovée gefaltet oder nach Byford miteinander vernäht, oder vom Uterus abgelöst, gekürzt und neu angenäht nach Jellette.

Mathes (Graz).

Montgomery, E. E.: Vagino-uterine prolapse and its effective treatment. (Utero-vaginalprolaps und dessen erfolgreiche Behandlung.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 14, S. 1245—1246. 1913.

In Fällen, in denen die Wiederherstellung des prolabierten Uterus zu einem funktionstüchtigen Organ nicht mehr möglich ist, soll er entfernt werden. Die Technik ist folgende: Nach Entfernung des Organes wird Peritoneum der Blase und des Rectums zurückpräpariert, die Lappen werden miteinander vernäht, Rectum und Blase durch eine Naht miteinander vereinigt, ebenso die Ligaturstümpfe der Parametrien. Anfrischung der hinteren Vaginalwand, Levatornaht und Colpoperineoplastik. *Mathes.*

Teutem, E. S. van: Einige Anschauungen über Retroflexio uteri vor 1900. (*Klinik, Leiden.*) Nederl. maandblad voor verlosk. en vrouwen. Jg. **2,** Nr. 8, S. 515 bis 520. 1913. (Holländisch.)

Kurze historische Übersicht von Soranus bis Schultze, Küstner, Theilhaber und Pozzi, ohne eigene Stellungnahme. *Stratz.*

Martin, Franklin H.: Prolapse of the uterus. (Vorfall der Gebärmutter.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr, 14, S. 1246—1247. 1913.

Verf. bezeichnet die Interposition des Uterus nach Dührssen-Watkins-Wertheim als die modernste und am meisten befriedigende Prolapsoperation nach der Menopause, die er aber bei gebärfähigen Weibern durch folgende Modifikation ergänzt: von der Längsincision der vorderen Vaginalwand aus präpariert er die Lig. pubocervicalia, stürzt den Uterus heraus, durchtrennt die cervicale Insertion der Ligg. und näht sie nach Überkreuzung und Kürzung auf die Kuppe des Fundus uteri auf. In schweren Fällen kippt er vorher den Uterus ganz heraus, bis die Ligg. sacro-uterina sichtbar werden, mit einer Zange werden die Ligg. lata von vorne durchbohrt, die Sacrouterin-Ligg. gefaßt, durch den Schlitz durchgezogen und auf der vorderen Cervixwand vernäht. Hierauf Perineoplastik mit Levatornaht. *Mathes* (Graz).

Bäumel, Adolf: Über einen Quellstiftträger. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 41, S. 2283. 1913.

Laminariastifte verschiedener Stärke werden an dem gerade abgeschnittenen Ende mit einer konisch gehaltenen Kapsel versehen, die in ein kurzes Schraubengewinde ausläuft. Vor dem Einlegen wird der Quellstift in gewünschter Stärke auf eine Metallscheibe, die durch ein Hohlgewinde durchbohrt ist, aufgeschraubt. Die Scheibe wird an ihren auf der konvexen Seite befindlichen Kerben mittels einer entsprechenden Zange gefaßt und kann so in das mittels Hakenzange eingestellte Orificium externum der Portio eingeführt und ebenso nach erfolgter Dilatation entfernt werden. Ein Einschlüpfen des Quellstiftes in den Uterus ist auf diese Weise ausgeschlossen. Die Stifte können ebenso wie die ohne Kapselarmierung in Alkohol bis zum Gebrauche steril gehalten werden. Die Schutzscheibe kann unmittelbar vor der Benutzung ausgekocht werden. Das Instrumentarium kann durch die Firma Stiefenhofer (München, Karlsplatz 6) bezogen werden. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Rouville, de: Deux cas de pyosalpinx iliaques des salpingites hautes et en particulier des sigmoido-annexites. (Zwei Fälle von iliakaler Pyosalpinx, von hohen Salpingitiden und besonders den Beziehungen von Flexura sigmoidea und Adnexen.) Semaine gynécol. Jg. **18**, Nr. 38, S. 301—302. 1913.

Zwei Beobachtungen, denen die hohe Lage der Pyosalpinx gemeinsam ist und die Verwachsung mit der Flexura sigmoidea. In dem einen Falle ist der Aufstieg der entzündeten Tube durch eine vorausgegangene Schwangerschaft zu erklären; sie blieb dort fixiert und entzündete sich wahrscheinlich von neuem durch eine Obstipation, wodurch die Pyosalpinx entstand. Im zweiten Falle ist der Aufstieg durch die Anwesenheit eines Myoms zu erklären, die ursprüngliche Infektion ist hier wohl durch Gonokokken bedingt gewesen, die Sekundärinfektion erfolgte durch Streptokokken. Beide Fälle wurden durch die Operation mit nachfolgender Drainage glatt geheilt. *Frankenstein* (Köln).

Bauchorgane:

Maxeiner, S. R.: Report of an autopsy on a case in which both of the rectus muscles were cut transversly. (Sektionsbericht eines Falles von querer Durchschneidung beider Musculi recti abdominis.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 13, S. 376—377. 1913.

Eine beiderseitige Rectusdurchschneidung wurde vorgenommen bei einer Myomektomie, kombiniert mit Abdominalschwangerschaft im 4. Monate, um die große Masse hervorwälzen zu können. Der Tod erfolgte an Lungenembolie, 14 Tage nach der Operation. Die Sektion ergab am Peritoneum eine so exakte Heilung, daß der ehemalige Schnitt kaum noch zu erkennen war. Die die vordere Rectusscheide bildende Aponeurose hatte sich in der Durchtrennungslinie übereinandergelegt, hier also 2 Lagen gebildet und so eine ungewöhnlich kräftige Vereinigung — besser als bei Lagerung Schnitt gegen Schnitt — geschaffen. Zugleich hatte diese Aponeurose die retrahierten Muskelenden so exakt aneinander gebracht, daß man die Durchtrennungsstelle nur sehr schwer entdecken konnte.

Die stets so gefürchtete Muskelnaht erübrigt sich also vollkommen. — Darin, daß die Durchschneidung des Muskels höher als die der Aponeurose erfolgt war, sieht Maxeiner eine besondere Kräftigung der Naht. Drainage durch eine kleine Stichwunde im oberen, d. h. nach Art der Pfannenstielschen Methode hochgeschlagenen Lappen erlaubte außerdem völlig exakten Wundschluß. *Hesse* (Greifswald).

Pauchet, Victor: Traitement de la stase intestinale chronique. (Behandlung der chronischen Darmverstopfung.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21**, Nr. 3, S. 215—243. 1913.

Verf. hat während der letzten drei Jahre alle Kranken, die über Leibschmerzen klagten, mit Röntgenstrahlen genau untersucht und bei allen Laparotomien den Zustand des Darmes an den Prädilektionsstellen von Erweiterungen und Verwachsungen festgestellt. Als Prädilektionsstellen von Verwachsungen fand er: den Übergang von Pylorus in das Duodenum, den Angulus duodeno-jejunalis, das Ende des Ileums einige Zentimeter oberhalb der Mündung in das Coecum, ferner die Übergänge von Colon ascendens in das C. transversum, des C. transversum in C. descendens und der Flexur in das Rectum. — Die funktionellen Störungen, die durch die chronische Stauung des Darminhalts hervorgerufen werden, sind mechanische, trophische und toxische. Sie können je nach ihrem Sitz Duodenalgeschwüre, Cholecystitis, Magenulcus, Appendicitis, Adnexerkrankungen, Nierensteine usw. vortäuschen, ferner Zirkulationsstörungen, Ernährungsstörungen, Ante- und Retroflexionen des Uterus, Senkungen von Magen, Darm und Nieren, Hydronephrosen, Ovarialcysten usw. verursachen. — Verf.

empfiehlt daher bei Mißerfolg der internen Behandlung operativ vorzugehen. Als Operationen kommen in Frage: Lösung der Verwachsungen, Coecoplicatur, Coecopexie, verschiedene Arten von Enteroanastomosen und als radikalstes Mittel die Resektion des ganzen Dickdarms. Verf. beschreibt ausführlich die verschiedenen Arten von Ileo-Sigmoidostomien und Coeco-Sigmoidostomien, die er in den letzten drei Jahren bei 33 Fällen mit einem Todesfall ausgeführt hat. Die Kranken sind alle sehr gebessert, einige völlig geheilt. Die drei Dickdarmresektionen, die er ausgeführt hat, haben keinen befriedigenden Erfolg gehabt. *Eckert* (Dortmund).

Hamilton, William D.: Operations for the radical cure of hernia. (Radikaloperationen der Hernien.) Physician a. surg. Bd. **35**, Nr. 9, S. 416—418. 1913.

Es sind in $6^1/_2$ Jahren 367 Hernien nach den verschiedensten Methoden operiert worden. 6 Patienten starben; 31 Patienten hatten Einklemmungserscheinungen. In 256 Fällen handelte es sich um Inguinalhernien, in 37 um Femoralhernien; 25 waren Nabelbrüche und 45 Bauchbrüche; schließlich noch je eine epigastrische und Douglashernie.

Im allgemeinen ist bei der Radikaloperation die Reposition des ausgelösten Bruchsackes uneröffnet, so gute Resultate es gelegentlich auch geben kann, doch in Rücksicht auf die allgemein bekannten Gefahren zu widerraten; ferner ist namentlich bei jugendlichen Individuen zu bedenken, daß gelegentlich auch Bruchbänder bei geeigneter Applikation und Regelung der Diät eine Radikalheilung bedingen können. Als Nahtmaterial sind Känguruhsehnen sehr zu empfehlen. *Hannes* (Breslau).

Lenormant, Ch., et S. Oberlin: Quelques observations de péritonite plastique adhésive de la fosse iliaque droite. (Péri-iléo-colite membraneuse.) (Einige Beobachtungen von plastischer adhäsiver Bauchfellentzündung der rechten Fossa-iliaca-Gegend [Peri-ileocolitis membranacea].) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21**, Nr. 3, S. 191—214. 1913.

Verff. unterscheiden 2 Typen von Pericolitis membranacea: 1. diffuse Peri-typhlocolitis, bei der sich ausgedehnte Membranen schleierartig über den Ileocöcalwinkel, die Appendix und das Colon ascendens bis über das Colon transversum ausbreiten; 2. Perikolitiden, die sich nur auf einen Darmabschnitt erstrecken. Die Symptome sind im allgemeinen die einer chronischen Appendicitis und in schweren Fällen die der muco-membranösen Enterokolitis. Zur Differentialdiagnose ist vor allem auch die Radioskopie heranzuziehen. Die Entstehungsursache der Jacksonschen Krankheit ist noch nicht klar. Man kann aber so viel behaupten, daß in einem Teil sicher angeborene Abnormitäten des Bauchfells vorliegen. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle ist die Folge chronischer entzündlicher Prozesse im unteren Ileum und Kolon. Eine Rolle muß aber auch in einer Anzahl von Fällen die primäre Unzulänglichkeit und geringe Ausbildung der cöcalen Muskelwand spielen. Verff. haben unter 152 Fällen ihrer Praxis 9 Fälle, davon sicher nachgewiesen 6 Fälle dieser Veränderungen, auffinden können. In einigen ihrer Beobachtungen lassen sich entzündliche anamnestische Daten konstatieren. Therapeutisch kommt in den Fällen in Frage die Lösung der Adhäsionen, Durchtrennung zwischen zwei Klemmen, Unterbindung und sorgfältige Peritonisierung, gleichzeitige Appendektomie und Raffung des meist dilatierten und descendierten Kolons. Die übrigen angegebenen Methoden, Ileocolostomie, Kolo-transversostomie und Kolo-sigmoidostomie sind wegen ihrer großen Gefahren zu unterlassen oder werden nur notwendig, wenn es sich gleichzeitig um muco-membranöse Kolitiden handelt. Die Erfolge der Lösungen der Verwachsungen mit gleichzeitiger Appendektomie und Kolorrhaphie sind in ihrem Endresultat recht zufriedenstellende. *Penkert* (Halle a. S.).

Delétrez, A.: Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire. (Pseudomyxoma peritonei von der Appendix ausgehend.) Ann. de l'inst. chirurg. de Bruxelles Jg. 20, Nr. 10, S. 161—167. 1913.

Die Pathogenese dieser Art von Peritonitis ist sehr selten — in der Literatur finden sich nur 20 Fälle, wovon der Verfasser 12 aufgefunden hat und wiedergibt —, die Prognose ist aber im Vergleich zum Pseudomyxoma ovarii eine gute.

Operationsgeschichte einer 58jährigen Frau, bei welcher eine Geschwulst der Ileocöcalgegend, die für eine eitrige Appendicitis gehalten und incidiert wurde, etwa 500 g einer gelatinösen, kolloiden, bläschenhaltigen Flüssigkeit entleerte und weiterhin noch 8 Tage lang durch Drainage absonderte. Darauf Heilung. Diese gelatinösen Massen stammen aus der Appendix und fließen nach Perforation derselben in das Bauchfell. *Klein* (Straßburg i. E.).

Laplace, Ernest: Thrombosis of the mesenteric artery. (Thrombose der Mesenterialarterie.) (Sect. on surg., med. soc. of the State of Pennsylvania, Scranton sess., 26. IX. 1912.) Pennsylvania med. journal Bd. **16,** Nr. 9, S. 699 bis 703. 1913.

44jähriger Mann erkrankte unter den Erscheinungen einer Pankreatitis in zwei Attacken. Nach 7tägigem Abwarten Verschlimmerung des Zustandes. Bei der Laparotomie zeigten sich Magen und Netz rötlich suffundiert, und eine sanguinolente Flüssigkeit schien vom Unterleib herauf sich nach den oberen Partien zu verbreiten. Im kleinen Becken lag ein nekrotisches Konvolut von Darmschlingen, das in Pankreassaft eingetaucht und dadurch zur Nekrose gebracht war. Allem Anschein nach war durch die Pankreasflüssigkeit nicht nur eine Nekrose der Darmschlingen eingetreten, sondern auch eine Thrombose der Mesenterialarterien bedingt. Nach Resektion des nekrotischen Darmabschnittes und Anlegen eines künstlichen Afters, Drainage der Gallenblase usw. ging der Pat. zugrunde. Zeichen einer Endokarditis oder Arteriosklerose oder sonstigen Sepsis, die eine Thrombose der Arterien hätten zustande bringen können, waren nicht vorhanden. — Sektion war nicht möglich. *Penkert* (Halle a. S.).

Venot, A., et A. Parcelier: Le carcinome primitif du jéjuno-iléon. (Das primäre Dünndarmcarcinom.) Rev. de chirurg. Jg. **33,** Nr. 5, S. 678—712 u. Nr. 9, S. 436—476. 1913.

Die Autoren fußen auf einem Material von 47 sicheren und genau untersuchten primären Dünndarmkrebsen; 14 Fälle betrafen Frauen, 33 Männer. Der Affekt saß am Duodenojejunalwinkel 1 mal, im oberen Dünndarm 15 mal, im mittleren 6 mal und im unteren 14 mal. In 19 Fällen bestanden Metastasen in den Ganglien, in 8 Fällen solche auf dem Peritoneum, in 12 Fällen in den Eingeweiden, davon 2 mal in den Ovarien. Symptomatisch ist Schmerz an immer gleichen Punkten des Abdomens, der auf Druck stärker wird und nicht kolikähnlich ist; häufig ist Erbrechen. Ein Tumor war unter 36 Fällen nur 16 mal tastbar und zwar 6 mal auf der rechten Fossa iliaca, 5 mal im linken Hypochondrium und 1 mal auf der linken Fossa iliaca. Als Komplikationen können eintreten Ileus, Peritonitis und Invaginationen. Die Diagnose baut sich auf den Zeichen funktioneller und physikalischer Stenose des Dünndarms bei gleichzeitiger frühzeitiger und ausgesprochener Alteration des Allgemeinbefindens auf; die Radioskopie stützt ev. die Diagnose, schließlich ist der Nachweis von Blutabgang wichtig. Unter 26 Darmresektionen gab es primär 10 Tote; als Palliativoperationen kommen die Enterostomie und die Entero-Anastomose in Betracht. *Hannes* (Breslau).

Sauer, S. D.: Appendicitis. (Appendicitis.) Therapeut. rec. Bd. **8,** Nr. 94, S. 268—269. 1913.

Allgemeine Gesichtspunkte zur Behandlung und Beobachtung der Appendicitis: Nahrung darf keinesfalls per os, wenn nötig, rectal gegeben werden. Gegen Durst Eisstücke. Hohe Salzwassereinläufe, keine Laxantien. Solange der Prozeß auf die Appendix beschränkt ist, sind die Bauchschmerzen generalisiert; Lokalisation tritt erst ein, wenn darüber hinaus Nerven ergriffen sind, die dem Plexus mesentericus superior nicht angehören. Keine Narkotica! *Michael* (Leipzig).

Mix: Contraction of intestinal anastomotic opening with extensive abdominal adhesions; cecal fistula. (Verengung und Zusammenziehung einer Entero-anastomose durch ausgedehnte Bauchfellverwachsungen; Cöcalfistel.) Surg. clin. of John B. Murphy Bd. **2,** Nr. 2, S. 235—242. 1913.

Ein Mann erkrankte an Darmerscheinungen, die auf Typhus zurückgeführt wurden. Es stellten sich schwerste Darmverschlußsymptome ein, derentwegen er im ganzen neun Laparotomien durchmachen mußte. Ein Arzt führt die Erkrankung auf eine Appendicitis zurück, fand bei der Operation ausgedehnte Verwachsungen und entfernte die Appendix, löste zahlreiche Verwachsungen usw. Bald darauf machte sich eine erneute Laparotomie notwendig, es wurde eine Vereinigung des unteren Ileums mit der Flexura sigmoidea ausgeführt, und da die Peristaltik danach nicht in Gang kam, einige Tage später eine Cöcalfistel angelegt. Durch täglich zweimalige Durchspülung des Darms von dieser Fistel aus erholte sich der Pat. wieder, es gelang aber nicht, einen normalen Stuhlgang zu erzielen. Das Röntgenbild ergab eine Verziehung des Ileums nach der Flexura lienalis; in dieser Gegend saß das Hindernis. Eine erneute Laparatomie zeigte wieder intensivste Verwachsungen in der Bauchhöhle, zwischen dem geschlitzten Mesenterium, zwischen Dickdarm und Ileum waren Darmkonvolute durchgeschlüpft, die neben den Verwachsungen außerdem die Ileumschlinge abknickten. Reposition dieses Konvoluts, Vernähung des Schlitzes und Erweiterung der Ileosigmoideo-anastomose. Heilung. Eine geplante Resektion des Dickdarms war nicht erforderlich. *Penkert* (Halle a. S.).

Greiwe, John E.: Ptosis of the colon, its relation to auto-intoxication and neurasthenia. (Ptosis des Kolon, ihre Beziehung zur Autointoxikation und Neurasthenie.) Lancet-clin. Bd. **109**, Nr. 21, S. 558—562. 1913.

Auf Ptosis des Kolon deutet oft ein Symptomenkomplex: Zirkulationsstörungen, schmutzig-graue Gesichtsfarbe, charakteristische Kopf- und Rückenschmerzen, Leistungsunfähigkeit, Albuminurie, melancholische Verstimmung, als Ausdruck der Intoxikation durch Koprostase. Oft mit Neurasthenie verwechselt, auch mit Cholecystitis, Ulcus ventriculi, Appendicitis, Uterus- und Adnexerkrankungen, ja infolge Ulceration und Katarrhs der Darmwand und Blutungen mit Carcinom. Oft deswegen Fehloperationen. Manche Erscheinung Reflexwirkung vom abgeknickten Kolon aus. Die oft mit Ulcus ventriculi verwechselten Magenbeschwerden erklärbar durch die Funktion des Magens als Ausscheidungsorgan für toxämische Produkte. (Ektasie, Erbrechen, sogar mit Blut). Röntgenologisch zeigt solcher Magen anderes motorisches Verhalten als bei Ulcus. Lokal: Unbehagen, ziehender Schmerz, Völle im rechten unteren Bauchabschnitt. Zu unterscheiden, ob mit oder ohne anatomische Veränderungen. Ätiologie: Angewöhnte Stuhlträgheit, Überfüllung des Kolon, Korsetttragen, große Fettmasse des Netzes oder Adhäsionen desselben. Therapie: Bekämpfung der Stase (Diät, Medikamente). Sonst Fixation des Kolon oder Ausschaltung nach Lane. (Einpflanzung des Ileum oberhalb des Sigmoideum.) *Michael* (Leipzig).

Arumugum, T. V.: Faecal fistula of 12 months' duration, the result of strangulated right inguinal hernia. (Darmfistel, 12 Monate alt, als Folge einer eingeklemmten Inguinalhernie.) Indian med. gaz. Bd. **48**, Nr. 7, S. 272. 1913.

Szent-Györgyi, Albert v.: Zur Anatomie und Histologie des Teguments der Analöffnung und des Rectum. (*I. anat. Inst., Univ. Budapest.*) Anat. Hefte Bd. **49**, H. 1/2, S. 305—336. 1913.

An der Pars analis recti ist eine Zona cutanea, eine Zona intermedia und eine Zona columnaris zu unterscheiden. Makroskopisch ist die Zona columnaris aboral durch die Linea sinuosa analis, oralwärts durch die Linea anorectalis begrenzt. Bei der mikroskopischen Untersuchung sieht man an dieser Stelle die Lieberkühnschen Krypten zunächst vereinzelt und in rudimentärer Form, dann in der gewohnten zusammenhängenden Anordnung. Die Morgagnischen Kolumnen sind von verschiedener Entwicklung; in einem Drittel der Fälle erreicht die ventromedian gelegene Columna die stattliche Länge von 4 cm. Die oberhalb der Anorectallinie gelegene faltenlose, glatte Schleimhautpartie wünscht der Verf. unter dem Namen Pars glabra als eine besondere Abteilung der Zona intestinalis einzuführen. In diesem Abschnitt sind kleine Öffnungen sichtbar, die Lymphfollikeln entsprechen und als Pori folliculares bezeichnet werden. Außer den Morgagnischen Falten und den Plicae transversales sind die gleichfalls konstant vorkommenden Plicae reticulares hervorzuheben. — Histologisch ist die Abgrenzung der einzelnen Zonen gegeneinander gewöhnlich nicht scharf. Die Talgdrüsen der Zona cutanea gehören zu den stärksten Gl. sebaceae des Körpers; die circumanalen oder Gayschen Schweißdrüsen zeichnen sich durch die Weite ihres Drüsenschlauches aus. Ein besonderes Interesse beanspruchen die in der Zona intermedia nachweisbaren freien Talgdrüsen, die sich ungefähr in 50% der Fälle finden und wahrscheinlich nur in der Pubertät entstehen. In einer ähnlichen Prozentzahl finden sich diese Drüsen in der Mundschleimhaut; sie sind nach Stieda für die Übergangsstellen von Haut zu Schleimhaut charakteristisch. Die Morgagnischen Säulen werden in der Regel auf der Höhe von Plattenepithel, in der Tiefe von mehrschichtigem Cylinderepithel ausgekleidet; an ihren Seitenwänden findet sich mehrschichtiges kubisches Epithel. Bei schwach entwickelten Säulen reicht das Plattenepithel tiefer hinab. *Weishaupt* (Berlin).

Harnorgane:

Ureteral calculus (Mulberry type and tunneled). (Ureterstein [Maulbeerform und von einem Kanal durchzogen].) Surg. clin. of John B. Murphy Bd. 2, Nr. 2, S. 287—293. 1913.

Beschreibung eines Falles von Ureterstein bei einer 23jährigen Frau. 3 Jahre lang bestanden Kolikanfälle in der rechten Nierengegend, ohne Fieber und ohne Abgang von Blut. Das Skiagramm zeigt den Stein im rechten Ureter, etwas 3 Zoll unterhalb der Niere; man sieht auf dem Bilde deutlich einen in den Ureter eingeführten Metallkatheter bis an den Stein herangehen. Nach Freilegung der Nieren und des angrenzenden Ureterabschnittes fand sich ein Maulbeerstein an der gesuchten Stelle. Ureterotomie und Entfernung des Steines; Schluß der Ureter-

wunde mit Catgut; Drainage der Wunde durch kleinen Gummidrain. Besonderer Wert muß auf exakte Muskelnaht zwecks Vermeidung einer Lumbalhernie gelegt werden. Nach 10 Tagen Entfernung des Drains. Glatte Heilung. *Hirschberg* (Berlin).

Bertolini, Giovanni: Contributo casistico allo studio dei papillomi dell'uretra. (Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Papillome der Urethra.) (*Scuola ostetr., univ., Pavia.*) Ginecologia Jg. **10**, Nr. 8, S. 231—236. 1913.

Verheiratete Frau von 58 Jahren, pluripara, seit 13 Jahren in Menopause, klagte über Brennen im Scheideneingang und geringe Blutungen bei Kohabitation. Die Ursache war ein haselnußgroßes Papillom der Urethralmündung, sowie einige kleinere Karunkel der umgebenden Schleimhaut, außer Cystitis war sonst nichts zu finden. Der entfernte Tumor zeigte mikroskopisch das Bild eines gefäßreichen Papilloms, ähnlich den von Lange beschriebenen. *Berberich* (Karlsruhe).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Sigler, C. L.: Obstetrical experiences of a country doctor. (Geburtshilfliche Erfahrungen eines Landarztes.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 13, S. 622—623. 1913.

3 Fälle: I. Eklampsie. I. Gravida mens. III—IV. Chloroform, Veratrum viride, digitale Dilatation der noch uneröffneten Cervix und Ausräumung. Dann heiße Einpackung und Nachbehandlung mit Natriumnitrat und Nitroglycerin, worauf der Eiweißgehalt des Urins und die Blutdrucksteigerung schnell abfielen. Verf. ist bei Eklampsie unbedingt für sofortige Entleerung des Uterus, in jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft. II. Sectio caesarea bei Ventrofixationsgeburt. Uterusfundus zwischen Symphyse und Nabel fest fixiert. Mediane Längsincision der hinteren Wand. Kind lebend. Naht mit Chromgut. Glatter Verlauf. III. Hohe Zange bei noch über dem Becken stehenden Kopf. Riesenkind. Verf. ist sehr für den Kaiserschnitt bei verschiedenen Indikationen, so auch bei Plac. praevia. Erwähnung einiger geburtshilflicher Komplikationen und Mißbildungen aus der Praxis. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Schwangerschaft:

Baughman, Greer: The care of the woman during her thirtynine weeks of gestation. (Die Sorge für die Frau während der 39 Wochen Schwangerschaft.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18**, Nr. 6, S. 148—151. 1913.

Nyhoff, G. C.: Die Bedeutung des überflüssigen Spermas für die Frucht. (*Frauenklinik Groningen.*) Ned. Tijdschr. voor geneesk. Tweede helft. Jg. **1913**, Nr. 16, S. 1373—1381. 1913. (Holländisch.)

Nach ausführlicher Literaturbesprechung und Erwägung der Möglichkeiten, daß erbliche Keime durch das überflüssige Sperma auf den Embryo übertragen werden können, kommt Verf. zu dem Schluß: Viel Bestimmtes über den Einfluß des überflüssigen Spermas auf die Morphologie wissen wir nicht. Die Möglichkeit ist nicht auszuschließen, daß es als Nahrungsstoff benutzt wird. Die Möglichkeit, daß der Embryo durch das Sperma geschädigt wird, verdient mehr als bisher üblich beachtet zu werden, und es ist zu untersuchen, ob es neben dem bisher allein als Sündenbock betrachteten einzigen Spermatozoon, der die Befruchtung bewirkt, nicht auch eine wichtige Rolle in der Übertragung krankhafter Keime spielt. *Stratz.*

Vogt, E.: Röntgenuntersuchungen über die Arterien der normalen Placenta. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21**, H. 1, S. 30—31. 1913.

Die Untersuchungen ergaben: Es besteht stets ein Ramus communicans zwischen den beiden Nabelarterien. Die beiden Nabelarterien geben für jeden Kotyledo einen kleinen Gefäßast ab, so daß jeder Kotyledo seine eigene Gefäßversorgung hat. Sechs Röntgenaufnahmen. *Jaeger* (Leipzig).

Bondi, Josef: Das Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 25, S. 1026 bis 1028. 1913.

Erfolge der Prochownikschen Entziehungskur sind trotz 24jährigen Bestehens praktisch nur vereinzelt erwiesen und wissenschaftlich nicht erprobt. Erwiesen ist im

Gegenteil, daß der Foetus unabhängig vom Ernährungszustande der Mutter, ihr seine Nährstoffe entzieht und nach Art eines malignen Tumors wächst. Die Placenta enthält die gleiche Menge Resorptionsfett bei Wohlbefinden der Mutter wie bei auszehrendster Hyperemesis oder Phthise. Im Tierversuch zeigt die Placenta phloridzinvergifteter Tiere trotz hochgradigster Abmagerung der Muttertiere die normale Fettmenge. Gutgenährte Frauen können kleine, zarte Früchte zur Welt bringen, umgekehrt gebären magere, schlecht genährte Frauen zuweilen große und kräftige Kinder. Auch beim Stillgeschäft beobachtet man häufig, daß kräftig gebaute Frauen mit vollen Brüsten weniger Nahrung haben als zarte, grazil gebaute. Von Einfluß auf die Größe der Frucht sind als erwiesen zu betrachten: 1. Vererbung, 2. das Alter der Mutter bei der Befruchtung, indem ältere Frauen, deren Eier also älter sind, im allgemeinen schwerere Kinder gebären, 3. besondere Umstände während des fötalen Lebens von seiten der Mutter oder des Foetus wie Krankheit oder Infektion. Von einer allzu häufig geübten Entziehungskur ist daher abzusehen. *Ehrenberg* (Berlin).

Ebeler, F., und E. Löhnberg: Zur serologischen Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden. (*Gynaekol. Klin., Akad., Köln.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 41, S. 1898—1899. 1913.

Fehlerquellen: Umstechen des Blutklumpens, zu häufiges und zu langes Auskochen der Dialysierhülsen, schlechte Beschaffenheit der Placenta. Kochen 1 Minute mit Stechuhr. Vorher Überschichten mit 5 bis 6 Tropfen Toluol, wegen des Überkochens.

Bericht über die ersten 100 Untersuchungen. 47 Schwangere reagierten positiv (darunter 4 extrauterine, 1 Abortus 10 Tage nach der einmal ausgebliebenen Periode), 4 negativ wegen schlechter Hülsen, 1 bei der ersten Probe negativ, bei der zweiten schwach positiv. Unter 40 Nichtschwangeren 7 mal positive Reaktion, davon 2 wegen schlechter Hülsen. 8 weitere Fälle mit positiver Reaktion bleiben unsicher, da keine Operation vorgenommen worden war; in einem Fall bei späterer digitaler Untersuchung keine Schwangerschaft, in einem anderen bei späterer Abrasio keine Zotten gefunden.

Die positive Ninhydrinreaktion kann also bei der jetzigen Versuchstechnik noch nicht als absolut spezifisch gelten. *Kermauner* (Wien).

Jaworski, Kasimir: Klinische Bemerkungen betreffend die Abderhaldensche Reaktion. (*Univ.-Frauenklin., Krakau.*) Gynaekol. Rundschau **Jg. 7,** H. 16, S. 582 bis 585. 1913.

Die Dialysiermethode nach Abderhalden ist deshalb ungenau, weil sie nur qualitative Resultate liefert. Die Dialysierhülsen sind mehr oder weniger für Pepton durchlässig. Verf. hat zu seinem Versuch nur Hülsen gebraucht, die vorher auf Undurchlässigkeit für Serumeinweiß und Durchlässigkeit für Pepton geprüft worden sind. Die Placenta wurde genau nach den Vorschriften Abderhaldens dargestellt. Zur Ausführung des Versuchs benutzte Verf. 1 g fein zerzupfter Placenta und 2 bis 3 ccm des zu prüfenden Serums.

40 normale Fälle von Schwangerschaft ergaben alle positive Resultate. Im Wochenbett konnte die Reaktion bis zu 14 Tagen nachgewiesen werden. 27 Nichtschwangere ergaben ein negatives Resultat. Schwach positive Fälle zeigten sich bei Hyperemesis und Eklampsie. Bei Extrauterinschwangerschaft war die Reaktion zum Teil positiv, zum Teil negativ.

Die Reaktion ist positiv, solange das choriale Epithel des Eies mit dem mütterlichen Gewebe in innigem, lebendigem Zusammenhange steht. Ist dieser Zusammenhang gestört, so verschwindet diese biologische Reaktion nach zwei Wochen. *Guggisberg* (Bern).

Murlin, John R., and Harold C. Bailey: Further observations on the protein metabolism of normal pregnancy. (Weitere Beobachtungen über den Proteinmetabolismus bei normaler Gravidität.) (*Dep. of physiol. and obstetr., Cornell univ.*) Arch. of internal med. Bd. **12**, Nr. 3, S. 288—314. 1913.

In Schwangerschaft und Puerperium differiert der Ammoniakstickstoffgehalt des Urins nur um 4 bis 6%, in den ein bis zwei ersten Tagen nach Entbindung steigert er sich um 7 bis 10%. Hoher Ammoniakgehalt ist oft Folge einer Blaseninfektion. Beweis: Verschwinden auf Spülung mit gesättigter Borlösung. Die Schwangere sondert in dem letzten Monat etwas weniger Stickstoff in Form von Harnstoff aus, als die Nicht-

schwangere, da ein Teil zum Wachstum der Frucht verbraucht wird. Der Ammoniakstickstoffgehalt bei normalen Schwangeren, bei denen der Verbrauch an Stickstoff groß und dessen Ausscheidung im Harn daher klein ist, kann 12% des insgesamt ausgeschiedenen Stickstoffs betragen. Prozentzahlen sind oft unsicher, da z. B. bei Durchfällen die gesamte Stickstoffabsonderung infolge ungenügender Absorption des Stickstoffs im Verdauungskanal sinkt. Der Kreatinkoeffizient ist bei Schwangeren niedriger als bei Männern und Nichtschwangeren, der von Purinstickstoff dagegen höher, ebenso der von Amino-Acid-Stickstoff. *Mohr* (Berlin).

Gross, Georges, et Fruhinsholz: Un cas de grossesse normale après hémihystérectomie pour hématométrie dans un utérus double. (Normale Schwangerschaft nach Exstirpation eines Uterushorns bei Uterus duplex wegen Hämatometra.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 5, S. 504—510. 1913.

Bei einem 21jährigen jungen Mädchen wurde wegen zeitweisen Sistierens der Regel und exzessiver dysmenorrhoischer Beschwerden, nachdem in der linken Unterbauchseite ein Tumor konstatiert worden war, durch Laparotomie das rudimentäre linke Uterushorn, das wie die linke Tube mit altem Blut gefüllt war, mit dieser entfernt. Es war mit dem rechten Uteruskörper nur bandartig verbunden. 5 Jahre darauf Schwangerschaft und Geburt, die völlig normal verlief, was dadurch erklärt wird, daß es bei der Operation gelang, die Muskulatur des rechten Uteruskörpers völlig zu schonen. *Rothe* (Breslau).

Brouha: La grossesse extra membraneuse. (Über Schwangerschaft außerhalb der Eihäute.) Scalpel et Liège méd. Jg. **66**, Nr. 15, S. 235—237. 1913.

Nach Bersten der Eihäute braucht es nicht unbedingt zu Abortus oder Frühgeburt zu kommen; es kann sich die Frucht im Uterus außerhalb der Eihäute entwickeln. 19 derartige Fälle sind in der Literatur bekannt, denen Verf. 2 weitere hinzufügt.

1. 24jährige Erstgebärende; Gravidität im 6. Monat. Vor 4 Wochen Abgang von Fruchtwasser, von dem seither täglich eine kleine Menge, mitunter blutig verfärbt, abgeflossen ist; dabei bestanden ziemliche Schmerzen. Spontane Geburt. Kind 31 cm lang, 940 g schwer; Placenta wiegt 275 g. Beide, insbesondere die Frucht zeigen eine Reihe von Anomalien, die durch Kompression von seiten der Uteruswand bedingt sind. — 2. 27jährige VI para. 7. Schwangerschaftsmonat. Seit 3 Monaten Abgang von Fruchtwasser, mitunter auch von Blut. Niemals Schmerzen. Nach $5^1/_2$ Stunden Geburt eines lebendes Kindes, 36 cm lang, 1150 g schwer; Placenta spontan, wiegt 340 g. Auch hier zeigt das Kind eine Reihe von Anomalien.

Die vorzeitige Berstung der Eihäute betrifft meist Multiparae im 3.—4. Monat. Die Entbindung erfolgt meist im 6.—8. Monat, in der Regel spontan. Der Uterus ist kleiner als dem Zeitpunkt der Gravidität entspricht. Die Frucht ist unreif und mehr oder minder mißgebildet. Die Eihäute inserieren auf der fötalen Fläche der Placenta; sie können ganz fehlen. Im Gegensatz zur Hydrorrhoea decidualis kommen hier Blutungen vor. Bei Placenta praevia treten die Blutungen erst später auf. Blasenmole tritt früher auf, der Uterus ist relativ sehr groß. Ätiologisch kommen in Frage Trauma, vorzeitige Uteruskontraktionen, sehr reichliches Fruchtwasser oder Fehlen desselben und Endometritis. Die Prognose ist für die Mutter günstig, die Kinder sind unreif und sterben meist. Steißlagen sind sehr häufig. Therapie besteht in Bettruhe und Darreichung von Opiaten; aber nur selten läßt sich die Schwangerschaft aufhalten. *Zweifel* (Jena).

Szabó, Dénes: Über den künstlichen Abortus. Orvosképzés. Jg. **3**, Nr. 7, S. 580 bis 604. 1913. (Ungarisch.)

Man muß die Notwendigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft immer im ärztlichen Konsilium feststellen. Nach Ansicht des Verf. ist der Eingriff indiziert. 1. Bei unstillbarem Erbrechen Schwangerer. In solchen Fällen sollen Stoffwechselstörungen den Zeitpunkt der Unterbrechung der Schwangerschaft bestimmen. 2. Eklampsie. In einem Falle mußte man im 5. Monate nach dem achten Anfalle einschreiten; in einem anderen Fall im 7. Monate nach dem 5. Anfall. 3. Hydramnion. 4. Retroflexio uteri. 5. Herzkrankheiten. 6. Nierenkrankheiten. 7. Tuberkulose. 8. Die Schwangerschaft kann manchmal einen krankhaften Einfluß auf die Psyche, das Nervensystem ausüben: so wurde in einem Falle von Mania depressiva die Schwangerschaft im 3. Monate unterbrochen. Im allgemeinen ist Verf. der Ansicht, daß, falls die Schwangerschaft der Grund irgendeiner Krankheit ist, man dieselbe unterbrechen muß, wenn

man die Krankheit auf andere Weise nicht heilen kann. Wenn jede Konzeption eine Lebensgefahr bedeutet oder dem Körper bleibenden Schaden verursacht, so ist die Verhinderung der Konzeption ein der Gefahr vorbeugendes Verfahren (Prophylaxis). Der Arzt ist der Berater. Den Grund zu seiner Tätigkeit bildet die Einwilligung des Kranken. *Bogdanovics* (Budapest).

Lalobe, E.: Avortement provoqué par un ascaris? (Abort, hervorgerufen durch einen Ascaris?) Scalpel et Liège méd.Jg. **66**, Nr. 16, S. 254. 1913.

Abort im zweiten Monat der Schwangerschaft. Bei der Untersuchung findet sich aus dem äußeren Muttermunde heraushängend eine Schlinge, die in Form und Konsistenz einer Nabelschnur gleicht. Bei vorsichtigem Ziehen wird das Gebilde entfernt: ein 20 cm langer Ascaris. Verf. hält ihn für die Ursache des Abortes. *Rath* (Hannover).

Hammerschlag: Über Abortbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 29, S. 1348—1351. 1913.

Verf. bespricht zuerst die Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Aus den vielfachen Einzelbeobachtungen und aus der systematischen Erforschung der Frage geht zweifelsohne hervor, daß eine Blutung in der Gravidität durchaus nicht gleichbedeutend ist mit der Unterbrechung derselben, und daß als logische Konsequenz für das Handeln des Arztes daraus zu entnehmen ist, daß man solche Fälle nicht generell unter dem Gesichtspunkt des sicher eintretenden Aborts zu sehen hat. Der Kernpunkt liegt darin, die Fälle zu erkennen und abzusondern, in denen erfahrungsgemäß doch Abort einzutreten pflegt. Das einmalige Abgehen großer Blutmengen, das Auftreten mehr oder minder regelmäßiger Wehen, der Abgang von Eiteilen sind als Zeichen eines beginnenden Aborts anzusehen. Alle Formen einmaliger oder wiederholter, selbst längerdauernder Blutungen, insbesondere der Abgang von bräunlichem, also älterem Blut, sind durchaus nicht gleichbedeutend mit Unterbrechung der Schwangerschaft. Solange nicht untrügliche Zeichen für einen Abort vorhanden sind oder vitale Indikationen bestehen, ist stets im Sinne einer Erhaltung der Schwangerschaft zu behandeln. Die zweite Frage betrifft das Verhalten des Arztes bei dem Absterben der Frucht. Die Diagnose, die am leichtesten durch den längere Zeit beobachteten Stillstand bzw. Rückstand des Gebärmutterwachstums und durch die Größendifferenz derselben zu der angeblichen Zeit der Schwangerschaft gestellt wird, erfordert nicht durchaus eine sofortige aktive Behandlung. Nur bei Fieber, Intoxikationserscheinungen, bei putridem Ausfluß, schlechtem Allgemeinzustand, ist ein aktives Eingreifen notwendig. Die durch die Untersuchungen Winters ins Rollen gebrachte Frage der konservativen Behandlung fieberhafter Aborte muß nach Ansicht des Verf. wegen der bisher noch sehr geteilten Ansichten noch unentschieden bleiben, wenn er es auch sehr verdienstreich findet, in dieser Beziehung zur Zurückhaltung gemahnt zu haben. Für den praktischen Arzt kann zunächst kein Unterschied bestehen zwischen den Aborten mit hämolytischen Streptokokken und den auf Grund anderer bakterieller Einflüsse und saprämischer Zersetzung fieberhaften Fällen. Es soll nach wie vor vorläufig das Auftreten von Fieber bei Aborten eine Indikation zur Ausräumung darstellen. Es soll allerdings schonend vorgegangen werden. Gewebsläsionen müssen vermieden werden. Zur Dilatation soll man sich ausschließlich der Laminariastifte bedienen. Der Uterus soll präventiv mit 50% Alkohol gespült werden. Die Ausräumung soll digital und nicht, um eine Zerstörung des Leukocytenwalles zu verhüten, mit der Curette vorgenommen werden. Die gelösten Eiteile sollen, wenn die Entfernung auf erhebliche Schwierigkeiten stößt, mit der Winterschen Abortzange, deren Vorzüge er besonders hervorhebt, entfernt werden. Dem soll wiederum eine Alkoholspülung folgen. *Benthin* (Königsberg).

Statistik der Fehlgeburten in Magdeburg 1912. Sonderabdruck a. d. Jahresbericht d. Statistischen Amtes d. Stadt Magdeburg. 1913.

Angesichts des starken Geburtenrückgangs wurden in Magdeburg bereits im Jahre 1910 versucht, auch die Fehlgeburten statistisch zu verfolgen und das zugängliche Material zu verarbeiten. Im Jahre 1912 konnte die Statistik erheblich verbessert werden, da auf Aufforderung des Kreisarztes auch ein Teil der Magdeburger Ärzte vierteljährliche Meldungen über die behandelten Fehlgeburten — selbstverständlich ohne Namensnennung — erstatteten. Das statistische Material stützt sich außerdem auf die Tagebücher der Hebammen und die Zählkarten der Krankenanstalten und Privatkliniken. Eine absolute Vollständigkeit liegt natür-

lich beim Fehlen eines Meldezwanges, auch jetzt noch nicht vor; man hat aber immerhin verwertbare Mindestziffern erhalten. — Die Statistik für 1912 erstreckt sich auf 1458 Fälle. Dem Familienstande nach waren von den Entbindenden 1215 verheiratet, 232 ledig und 11 verheiratet gewesen. Danach entfielen bei den ehelichen auf 1000 standesamtlich gemeldete Geburten 224, bei den unehelichen sogar 238 Aborte. — Die Unterschiede in der Alterszusammensetzung der Entbindenden sind recht erheblich. Im Alter bis zu 20 Jahren entfielen auf 1000 standesamtlich gemeldete Geburten nur 57, bei 20—25 bereits 123, bei 25—30 213 und bei den älteren Ehefrauen sogar 341 Aborte. Nach Ansicht des statistischen Amtes beruht diese deutliche Steigerung der Fehlgeburtenziffer mit zunehmendem Alter keineswegs darauf, daß die Aborte der älteren Frauen vollständiger registriert wurden. Die Frage, die wievielte Geburt die beobachtete Fehlgeburt ist, wurde nur bei 1064 unter den 1216 verheirateten Frauen beantwortet; es sind 71 Erstgeburten, 191 zweite, 221 dritte, 181 vierte, 151 fünfte, 82 sechste, 54 siebente, 43 achte, 9 zehnte, 12 elfte, 6 zwölfte, 7 dreizehnte, je 3 vierzehnte und fünfzehnte gezählt worden; 1 wurde als siebzehnte und 1 als einundzwanzigste Geburt angegeben. — Auch bei den unehelichen Fehlgeburten zeigt sich eine deutliche Zunahme bei steigendem Alter. — Die Dauer der Schwangerschaft belief sich unter den 1064 ehelichen Fehlgeburten, für welche solche Angaben vorhanden sind, bei 80 auf einen Monat, bei 379 auf zwei, bei 332 auf drei, bei 164 auf vier, bei 82 auf fünf, bei 24 auf sechs Monate, bei 3 auf länger als 6 Monate, während bei den unehelichen die entsprechenden Ziffern 7, 57, 71, 30, 19, 3, 1 lauten. — Zwillingsgeburten wurden 13 gezählt. — Das Geschlecht war bei den 361 Aborten, für welche solche Angaben vorlagen, in 263 Fällen männlich, in 58 Fällen weiblich. Als fieberhafte Aborte waren 57 bezeichnet; 16 davon führten zum Tode. *Fischer* (Karlsruhe).

Beneke: Demonstration einer Ovarialschwangerschaft. Verhandl. d. Dtsch. pathol. Ges. 16. Tag., Marburg, 31. III.—2. IV. 1913, S. 355—356. 1913.

Demonstration eines Eies, das sich auf einem Blutkoagulum zwischen Fimbrienende und Ovarium angesiedelt hatte. *Besserer* (Magdeburg).

Audebert et Mériel: Volumineux kyste hématique de l'ovaire à symptomatologie de grossesse ectopique. (Große Blutcyste unter dem Bilde einer Extrauteringravidität.) Semaine gynécol. Jg. **18,** Nr. 37, S. 293—294. 1913.

38jährige, gesunde Multipara, deren Menstruation seit vier Monaten ausgeblieben war, und die unter typischen Erscheinungen eines Tubarabortes eingeliefert und operiert wurde. Es fand sich im kleinen Becken ein neben dem Uterus gelegener mit den Beckenwänden und den Därmen verwachsener, mit blutiger Flüssigkeit und Blutklumpen angefüllter, dickwandiger Sack. Es wurden mittels Hysterectomia subtotalis der Tumor, der Uterus und beide Adnexe entfernt und mikroskopisch untersucht. Die Untersuchung ergab: große Blutcyste des Ovariums bei völliger Intaktheit der Tuben; eine Schwangerschaft bestand nicht. *Eckert.*

Viannay: Ein Fall von unstillbarem Erbrechen in der Schwangerschaft. Geheilt durch direkte Transfusion von Blut einer schwangeren Frau. Allg. Wien. med. Zeit. Jg. **58,** Nr. 30, S. 334—335. 1913.

28jährige Frau. 1. Schwangerschaft im 23. Lebensjahr, wegen unstillbaren Erbrechens unterbrochen. 2. Schwangerschaft, unstillbares Erbrechen, mit artifiziellen Seruminjektionen im 5. Monat mit gutem Erfolg behandelt, einen Monat später spontaner Abort. Zwei Jahre später 3. Schwangerschaft, nach 2 Monaten unstillbares Erbrechen, starke Gewichtsabnahme. Direkte Bluttransfusion von einer 25jährigen gesunden Schwangeren im 8. Monat. Die linke Radialis der Geberin wurde gefaßt und das periphere Ende unterbunden, das zentrale Ende in die Elsbergsche Kanüle eingebunden; dann wurde das zentrale Endstück der Vena saphena der Empfängerin in der Gegend des Malleolus internus an der Kanüle befestigt und das Blut eingeleitet. Dauer genau eine Viertelstunde, solange bis die Geberin zu erblassen begann, sie ertrug die Abgabe gut. Das Erbrechen ließ bei der Kranken am zweiten Tage nach. Gewichtzunahme, einige Monate später jedoch Abort. Wenn es sich herausstellen sollte, daß die Injektion von Pferdeblutserum genügt, wird auch dieser sonst mit Erfolg gekrönte Eingriff überflüssig. *Penkert* (Halle a. S.).

Dervaux: Vomissements incoercibles et urée. (Unstillbares Erbrechen und Harnstoff.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 4, S. 320-326. 1913.

In einem extrem schweren Falle von Hyperemesis, der allen möglichen Behandlungsmethoden trotzte, mit rapidem Gewichtsverlust verlief und nur durch Unterbrechung der Schwangerschaft gerettet werden konnte, wurde der Harnstoffgehalt des Blutes vermehrt gefunden, während die Harnstoffausscheidung durch den Urin nicht entsprechend gesteigert war. Verf. schließt aus dieser Verschiebung des Harnstofftitres einerseits auf einen abnorm gesteigerten Zerfall von Körpereiweiß, wie er auch in der Reduktion des Körpergewichts seinen Ausdruck fand (nach Voit entspricht 1 g Stickstoff 30 g Muskelfleisch), andrerseits auf eine insuffiziente Nierenfunktion, auch ohne bestehende Albuminurie. *Semon.*

Pinard: A propos de la communication de M. Lepage: sur un cas de chorée gravidique. (Bemerkungen zu einer Mitteilung von Lepage über einen Fall von Chorea gravidarum.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 430—434. 1913.

21jährige, früher gesunde Frau. Zwei normale Geburten. Im 4. Monate der dritten Schwangerschaft choreatische Bewegungen in der linken Körperhälfte, welche allmählich an Intensität zunehmen, sich über den ganzen Körper verbreiten und in den letzten 2 Wochen des 8. Schwangerschaftsmonates so intensiv sind, daß die Pat. nachts von 4 Personen im Bette festgehalten werden muß. Chloralhydrat per os und per Klysma. Spontane Frühgeburt unter heftigsten Agitationen. Chloral, Antipyrin, Brom weiter ohne Erfolg. Einen Tag post partum Inkontinenz für Stuhl und Urin. Delirien. „Folie musculaire". Zwangsjacke. Morphium 0,01. Am nächsten Tage Temperatur 40°, sehr frequenter Puls, Abnahme der ungeordneten Bewegungen; abends Koma und Exitus. Autopsie: Hyperämie des Gehirnes und der Lungen, Herz schlaff, Hypophyse und Nebennieren normal.

Der Fall gehört in die Gruppe der Choreapsychosen (Charcot-Dieulafoy). Unter sehr vielen Fällen von Chorea gravidarum, welche Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte, ist der mitgeteilte der einzige Todesfall. Entgegen anderen Autoren sieht Verf. die Chorea als Ausdruck einer Autointoxikation an. In den meisten Fällen genügen therapeutisch Milchdiät und Chloral; nur bei Hinzutreten psychischer Symptome, Halluzinationen usw. ist der Uterus zu entleeren und zwar um so rascher, je weniger weit fortgeschritten die Schwangerschaft ist. *Schmid* (Prag).

Werner, Paul: Erfolge und Technik der einzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung bei Tuberkulose der Lungen. (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. 37, Nr. 43, S. 1581—1585. 1913.

An der Klinik Wertheim wurde in den letzten $2^1/_2$ Jahren bei 60 zwischen 6 Wochen und 5 Monaten schwangeren multiparen Frauen mit aktiver Lungen- und Larynxtuberkulose und mit inaktiver Lungentuberkulose bei schlechtem Allgemeinzustande und anderweitigen Komplikationen die Schwangerschaftsunterbrechung mit gleichzeitiger Tubenresektion ausgeführt. Die gewählte einzeitige Methode schließt sich eng an die von Schauta, Christofoletti und Thaler bei analogen Fällen vorgeschlagene und gewählte Methode der Sectio vaginalis, Ausräumung und Naht der Cervix, Abschieben der Blase und Resektion der uterinen Tubenecken (am besten ohne Fassen des Uterus) an. Die Operation gestaltet sich leicht. Eine eventuell zu fürchtende Atonie des Uterus wird durch eine frühzeitige Pituitrin- oder Glanduitrin-Ergotininjektion wirksam bekämpft. Ein Todesfall durch Anämie infolge Nachblutung aus einem Loch der vorderen Uteruswand ist zu verzeichnen, sonst durchaus günstige Operationsresultate nach 8—9tägiger Heilungsdauer. Die direkte Mortalität an Tuberkulose betrug 0%, die Mortalität nach einem Jahr 4%, denn von 25 Frauen, bei denen die Operation ein Jahr zurücklag, war eine an Tuberkulose gestorben, 20 fühlten sich vollständig wohl, nur vier befanden sich in schlechtem Ernährungszustande mit heftigem Husten und Auswurf. Die einzeitige Operationsmöglichkeit und die Vermeidung der Laparotomie bei möglichst geringer Verstümmelung der Frau sind die großen Vorzüge dieser Methode, die in allen Fällen, bei denen die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung und künftiger Sterilisation gegeben ist, zu wählen sein wird.

Bienenfeld (Wien).

Heinrichsdorf, Paul: Über Zonendegeneration der Leber in der Schwangerschaft. (*Prov.-Hebammen-Lehranst. u. Städt. Wenzel-Hancke-Krankenh., Breslau.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 42, S. 2034—2035. 1913.

Verf. bezeichnet, Opie folgend, als Zonendegeneration eine gleichmäßige, die ganze Leber betreffende, aber immer nur bestimmte Teile der Leberläppchen, bald die zentralen oder die zentralen und intermediären oder die peripheren einnehmende, Entartung, die er früher als toxische Leberentartung bezeichnet hat.

Er beschreibt den Sektionsbefund bei einer Puerpera mit engem Becken, die 3 Tage nach der schweren Entbindung (Perforation nach Hystereuryse) unter Krampferscheinungen ad exitum gekommen war. Die Temperaturen der letzten 2 Tage sind nicht angegeben. Am Tage

nach der Entbindung war die Temperatur 38,5, der Puls 140. Die mikroskopische Untersuchung der Leber zeigte eine hochgradige Nekrose der zentralen und intermediären Zonen, die er hier auf eine Schwangerschaftsintoxikation zurückführen will. Es ist aber dazu erforderlich alle sonstigen Gründe, die zu solchen Leberveränderungen führen können (Anämie, Tuberkulose, Sepsis, Peritonitis, Vergiftungen) auszuschließen. *Rothe* (Breslau).

Schlimpert, Hans: Über einen Fall von akuter gelber Leberatrophie in der Schwangerschaft. (*Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.*) Frauenarzt Jg. 28, H. 10, S. 434—438. 1913.

Im 8. Schwangerschaftsmonat einer Erstgebärenden tritt leichter Ikterus ein; Tags darauf spontane Entbindung der intensiv ikterisch aussehenden Frau. Abends Einsetzen von Krämpfen und Bewußtseinsstörung bei hohem Puls und normaler Temperatur. Der untere Leberrand ist nicht zu fühlen, der Augenhintergrund normal; im Urin kein Leucin und Thyrosin. Exitus am nächsten Tage. Das bald nach der Entbindung aus der Armvene steril entnommene Blut enthält massenhaft hämolytische Streptokokken (anaerobe Agargußplattenkultur). Die Sektion zeigt eine kleine Leber von roter Farbe und undeutlicher Läppchenzeichnung. (Mikroskopisch ergibt sich das Bild einer vorgeschrittenen akuten gelben Atrophie mit massenhaften Streptokokken in den Capillaren.) Die Placentarstelle zeigt eine schwere phlegmonöse Metritis; in der rechten Tonsille sind auffallend große Lacunarpfröpfe.

Verf. glaubt, daß die Lebererkrankung das Primäre war und den Boden für eine allgemeine septische Infektion abgab, ohne die Möglichkeit von der Hand zu weisen, daß die Sepsis (Tonsille) die Ursache für die Lebererkrankung abgab. *Krebs* (Breslau).

Grosse, A.: Volumineux kyste du ligament large et grossesse; ablation du kyste; continuation de la grossesse. (Umfangreiche Cyste des Ligamentum latum und Schwangerschaft; Exstirpation der Cyste; Fortsetzung der Schwangerschaft.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 9, S. 537—538. 1913.

25jähr. I-p. Nach anfänglich beschwerdefreier Schwangerschaft begann der Leib plötzlich rasch zuzunehmen, so das Pat. Zwillinge vermutete und sich untersuchen ließ. Die äußere Untersuchung ergibt zwei durch eine Furche voneinander abgegrenzte Tumoren, von denen der größere oben, der kleinere unten liegt. Der größere Tumor fluktuiert und reicht bis zum Rippenbogen. Der kleinere erweist sich als der schwangere Uterus im 6. Monat. Innerlich fühlt man den Uterushals und das untere Uterinsegment durch einen darüberliegenden Tumor herabgedrückt. Keine Kompressionserscheinungen von Blase und Rectum. Diagnose: Wahrscheinlich einseitige Ovarialcyste. Da zugleich mit dem Wachstum des Uterus ein Wachsen der Cyste und dadurch eine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft zu befürchten war, ebenso eine ausgetragene Schwangerschaft eine pathologische Geburt erwarten ließ, wurde die Cyste exstirpiert. Hoher Schnitt. Punktion der Cyste, 8 l grünlich-gelbe Flüssigkeit. Abtragung der Cyste, die durch einen breiten Stiel mit dem Lig. latum verbunden war, und des oberen, sehr venenreichen Teils des Lig. latum. Peritonisierung durch Einstülpung der Ligatur in eine Tabaksbeutelnaht. In den ersten Tagen nach der Operation Morphium. Die weitere Schwangerschaft verlief normal bis zum Ende. Spontangeburt. Kind 4000 g. Die Cyste war einseitig intraligamentär entwickelt. Es fand sich keine Spur von Eierstocksgewebe. *Schneider* (Tübingen).

D'Hotman de Villiers, A.: Zur operativen Behandlung der die Schwangerschaft komplizierenden Ovarialcystome. Med. Rundschau Bd. 80, Nr. 13, S. 134—141. 1913. (Russisch.)

Während der Gravidität wird das Wachstum der Ovarialcysten wesentlich beschleunigt. Zum Platzen des Cystoms kommt es meist während der Geburtswehen. Die Stieldrehung des Cystoms kommt hauptsächlich nach der Geburt. Werden die ernährenden Gefäße zusammengedrückt, so kommt es oft zu einer Gangrän, die manchmal den Tod der Kranken verursacht, oder aber es entsteht eine Peritonitis mit akuter Wassersucht und Verwachsungen mit den Nachbarorganen. Zu den Veränderungen, die mit dem Cystom nach der Geburt vorgehen können, gehört vor allem die Vereiterung; außerdem die Veränderung der histologischen Struktur aus einer gutartigen in eine bösartige. Drückt das Cystom auf den graviden Uterus, so kann es zum Absterben der Frucht oder der Mutter kommen. Kommt es zum Platzen, Stieldrehung oder Blutung aus dem Cystom, so werden dabei oft Aborte beobachtet. Als Druckerscheinungen sind Beschwerden von seiten der Blase, des Magens und der Lunge zu beobachten. Was die Therapie anbetrifft, so muß die Punktion des Cystoms nur für inoperable Fälle reserviert werden. Die jetzt am meisten gebräuchlichsten Verfahren sind die Laparatomie und die Colpotomie. Es werden zwei Fälle von Cystom beschrieben, wobei in dem einen eine Laparotomie, in dem anderen eine Colpotomia vaginalis ausgeführt wurde. Verf. vergleicht seine Resultate mit denen anderer deutscher und russischer Autoren und kommt zu der Überzeugung, daß der Colpotomie der Vorzug zu geben ist, da sie für die Patientin weniger gefährlich ist in bezug auf Infektionen, Nebenverletzungen und Nachblutungen. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Geburt:

Waasbergen, C. H. van: Zwillingsschwangerschaft. (*Klinik von Leiden.*) Nederl. maandschr. voor verlosk. en vrouwenz. Jg. 2, Nr. 8, S. 493—514. 1913. (Holländisch.)

Ausführliche Literaturbesprechung, in welche die Resultate der Leidener Klinik von 1848 bis 1913 mit 25 597 poliklinischen und 6425 klinischen Geburten eingeflochten sind. In dieser Zeit kamen 442 Zwillingsschwangerschaften und ein Drilling vor, für die Poliklinik ist das Verhältnis 1,4%, für die Klinik 1,13%.

Verf. betrachtet mit Wiedersheim die Zwillingsschwangerschaft als einen Atavismus, der in verschiedenen Familien erblich ist. Außerdem bestätigt auch die Leidener Statistik die bekannten Erfahrungen, daß die Aussicht auf Zwillinge mit dem Alter der Mutter und der Zahl der Schwangerschaften steigt. Die größten Aussichten bestehen nach dem dreißigsten Jahre und nach der achten Geburt. Daß auch die Pathologie der Kindeslagen bei Zwillingen größer ist, und namentlich durch Querlagen der zweiten Frucht bedingt wird, trifft für Leiden ebenso gut zu wie für andere Orte. Für Leiden ist das Verhältnis Schädellagen 63,3%, Steißlagen 28%, Querlagen 4,6%. *Stratz.*

Herz, Emanuel: Zur ungleichmäßigen Wirkung der Hypophysenextrakte. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 34, S. 2100—2102. 1913.

Die im Handel befindlichen Hypophysenextrakte (Pituitrin, Pituglandol, Glanduitrin) scheinen ungleichmäßig zusammengesetzt zu sein, sowohl Teile des Vorder- wie des Hinterlappens zu enthalten, daher gelegentlich das Gegenteil der gewünschten Wirkung hervorzurufen.

1. Fall: 27jährige V-para; frühere vier Geburten normal; jetzt Placenta praevia partialis, stehende Fruchtblase, Portio 2—3 cm lang, Kolpeurynter, schwache Wehen; dann innerhalb 5 Stunden 4 mal je 1 ccm Pituitrin: Kurze Wehen, Muttermund schnürt sich fest um den Ballon, heftige Kreuzschmerzen. Da Geburt nicht fortschreitet, Wendung, ohne Erfolg; 8 Stunden nach Beginn der Behandlung Injektion von 0,02 Pantopon, da Muttermund krampfhaft zusammengeschnürt war und trotz heftiger Kreuzschmerzen bei Zug an dem Kind die Geburt nicht fortschritt, erst nach zweiter Pantoponeinspritzung Extraktion vorsichtig möglich, 9 Stunden nach Beginn. *Happich* (St. Blasien).

Corrado, Gaetano, e G. de Crecchio: Un caso di rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto. Nota di casistica medico-legale. (Ein Fall von spontaner Uterusruptur während der Geburt. Eine kasuistische, gerichtlich-medizinische Mitteilung.) Giornale internaz. d. scienze med. Jg. **35**, Nr. 19, S. 865 bis 883. 1913.

Bei 40jähr. III-Para fanden sich kleine Ekchymosen an der Haut und den inneren Organen. Das Becken war nur sehr wenig verengt. Im Abdomen fötide Gase und eine blutige mit Gerinnseln vermischte Flüssigkeit, Streptokokken enthaltend. Peritoneum stellenweise grau verfärbt, an der Hinterwand des kleinen Beckens durch einen Bluterguß abgehoben. An der linken Seitenkante des Uterus eine komplette ausgedehnte Zerreißung mit teilweise fetzigen Rändern, welche nach oben bis nahe an die Insertion der Lig. rotund. reichte, nach unten hin sich weit in den Cervix vaginae erstreckte. Ureter und Uteringefäße nicht verletzt. An der rechten Cervixwand ein zweiter, etwas kleinerer Riß. Das Peritoneum war weithin eingerissen und durch Blutergüsse unterwühlt. Todesursache: akute Peritonitis infolge kompletter Uterusruptur. Das totgeborene Kind wog 3430 g, war $51^1/_2$ cm lang, der Schädel war ziemlich groß, konfiguriert mit beträchtlicher Kopfgeschwulst und leichten Zangeneindrücken. Zwischen Kopfknochen und Dura mater mehrere Blutungsherde. Nach Angaben des Arztes und der Hebamme dauerte die Geburt 15 Stunden. Die Blase war vorzeitig gesprungen. 12 Stunden nach Wehenbeginn plötzlicher sehr heftiger Schmerz in der Magengegend und vollständiger Wehenstillstand. Von da an häufiges Erbrechen. Der wegen Aufhörens der Wehen gerufene Arzt fand bei seiner Ankunft 3 Stunden später den Kopf im Beckenausgang und entwickelte denselben unschwer mittels Forceps. Das Kind war abgestorben, die Placenta wurde spontan ausgestoßen. Keine Blutung, doch dauerten die Schmerzen und das Erbrechen an. Nach 24 Stunden waren bereits die Zeichen schwerster Peritonitis ausgeprägt. Die innere Untersuchung ergab komplette Uterusruptur. Transport in ein Krankenhaus, 2 Tage nach der Entbindung; Operation dortselbst wegen des desolaten Zustandes der Frau abgelehnt; letztere starb wenige Stunden später.

Verff. kommen zu dem Schlusse, daß die Uterusruptur spontan vor der Ankunft

des Arztes entstand, wahrscheinlich in dem Momente, als die Wehen sistierten. Der Arzt ist daher unschuldig. Die Möglichkeit, daß durch die Zange die Ruptur vergrößert resp. vervollständigt wurde, ist zwar nicht absolut auszuschließen, doch ist die Anlegung der Zange zu Recht erfolgt. Wegen Fehlens jeder stärkeren Blutung brauchte der Arzt nicht sofort die Diagnose auf Uterusruptur zu stellen. Wenn auch die sofortige operative Behandlung der kompletten Uterusruptur bessere Erfolge zeitigt, muß die rein konservative, Eisblase, absolute Ruhe, wie der Arzt sie verordnete, unter den gegebenen Umständen doch als zweckmäßig betrachtet werden. *Nebesky.*

Bársony, János: Über die Eklampsie. Orvosképzés Jg. **3**, H. 6, S. 407 bis 427. 1913.

Verf. schließt sich jener Ansicht an, wonach das Eklampsiegift von der Mutter selbst, nicht aber vom Fötus oder von der Placenta abstamme. Würde das Gift hier entstehen, so könnte die Krankheit interkurrent niemals heilen; das Gift befindet sich im mütterlichen Blute, daher vielleicht die Dicke des Blutes im Verhältnisse zu demselben bei andern Graviden. Macht man einen Aderlaß und ersetzt das abgezapfte Blutquantum mit physikalischer Kochsalzlösung, so erfährt das Blut eine Verdünnung und wird von einem beträchtlichen Quantum Gift befreit, die Arbeit der Leber verringert, die Reizbarkeit des Krampfzentrums sowie der durch das Gift bedingte Gefäßkrampf herabgesetzt und demzufolge der Blutdruck vermindert. Da weder der Fötus, noch die Placenta die Giftquelle darstellen, kann durch eine noch so rasche Beendigung der Geburt das Ausbleiben der Krämpfe nicht gesichert werden, der scheinbare Effekt der aktiven Therapie beruht auf dem mit derselben verbundenen Blutverluste, den man quasi als Aderlaß betrachten kann. Von diesem Standpunkte aus ist die Therapie an der ersten Universitäts-Frauenklinik zu Budapest folgende:

1. Aderlaß (500 ccm) mittels einer Punktionsnadel aus der Kubitalvene. 2. Anwendung von Narcoticis nach der Vorschrift von Stroganoff. Im Zustande von Bewußtlosigkeit und Koma kann jedoch Chloral innerhalb nicht verabreicht werden, auch behält dann der Mastdarm die Chlorallösung mitunter nicht, in welch letzterem Falle die Kranke 2 ccm (1 g) einer 50 proz. Lösung von NaBr intravenös erhält, im Notfalle bis zu täglich 10 g. 3. Außerdem 4—8stündlich alkalische Loche-Lösung als Hypodermoklyse oder intravenös. 4. Später kann der Aderlaß (200—300—400 ccm), wenn angezeigt, wiederholt werden. 5. Inzwischen wird die Frau von jeder Aufregung verschont, und geht die Geburt nicht natürlich und genügend rasch vor sich, so wird die Wendung oder die Zange angewandt. Jeder Eingriff geschieht in Chloroformnarkose. 6. In der ersten ein bis zwei Tagen der Kindbettes täglich 1,5 g NaBr rektal. In den vergangenen zehn Jahren wurden 129 Eklampsiefälle auf der Klinik behandelt; davon starben zur Zeit, wo die Blutentnahme noch nicht angewendet wurde, 29%; bei Ablassen von mäßigen Blutmengen und bei Behandlung nach der alten Methode betrug die Mortalität 21—22%, sank also um 7%. Letzhin wurden nach dem geschilderten Verfahren 9 Kranke behandelt, die alle am Leben blieben, darunter waren 8 normal Geburten, und einmal wurde die tote, macerierte Frucht mittels Perforation zur Welt gebracht. *Bogdanovics* (Budapest).

Hüffell, Adolf: Die Pathologie und Therapie der Eklampsie. Berl. Klinik Jg. 25, H. 303, S. 1—21. 1913.

Verf. bespricht anfangs die Theorien über die Ätiologie der Eklampsie. Keine Theorie befriedigt ganz. Namentlich fehlt die Erklärung, warum hauptsächlich Erstgebärende befallen werden. Daß man es bei der Eklampsie mit einer Vergiftung zu tun hat, ist durch verschiedene Versuche sehr wahrscheinlich, aber nicht bewiesen. Über die Natur des Giftes weiß man noch nichts, ebenso ist sein Entstehungsort ganz unbekannt. Auf jeden Fall ist eine von außen kommende Infektion auszuschließen. Dagegen scheint der Witterung ein gewisser Einfluß zuzukommen. Eine Erklärung hierfür ist bis jetzt nicht gegeben worden. Die Streifrage, welche der beiden Methoden, die Schnellentbindung oder die konservative Therapie, für die Behandlung die bessere sei, ist noch nicht entschieden. Beide haben zweifellos einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung. Augenblicklich scheint es, als wenn die Stroganoffsche Methode kombiniert mit dem Aderlaß besser wirke. Sie hat den großen Vorteil, daß sie vom praktischen Arzt unter den primitivsten Verhältnissen angewandt werden kann. *Guggisberg* (Bern).

Holste, C.: Viermaliges Auftreten der Eklampsie bei derselben Patientin. (*Provinz. Hebammenlehranst., Stettin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 41, S. 1896 bis 1897. 1913.

Wiederholte Eklampsien sehr selten. Der beschriebene Fall besonders bemerkenswert dadurch, daß der Verlauf der Eklampsie jedesmal anders, daß der Effekt der therapeutischen Maßnahmen bei den einzelnen Erkrankungen durchaus verschieden war.

Krankengeschichte: Erste Schwangerschaft normal. Später Nephritis. In 4 folgenden Jahren 4 Schwangerschaften, jede kompliziert mit Eklampsie. Harn stets normal, nur nach Ausbruch der vierten Eklampsie etwas Albumen, Zylinder. — Die erste Eklampsie im letzten Lunarmonat, Geburtsbeschleunigung, Heilung. Zweite interkurrent im VII. Lunarmonat, Behandlung nach Stroganoff, Heilung, normale Geburt am Termin. In der nächsten Gravidität Eklampsie schon im IV. Monat; da Stroganoff völlig versagt, Entleerung des Uterus, Heilung. Am Ende der nächsten Schwangerschaft — bis dahin völlig gesund — schwerste Eklampsie (gegen 60 Anfälle), durch Narkotica ebenso wie durch operative Entbindung unbeeinflußt. Endlich unerwartetes Abklingen, dann Pneumonie, Exitus. *Wagner* (Wien).

Rouvier, Jules: Valeur sémiologique de l'hypertension artérielle survenant brusquement au cours de la convalescence de l'éclampsie ante partum. (Der semiologische Wert der in der Rekonvaleszenz von Eklampsie ante partum plötzlich eintretenden arteriellen Hypertension.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 2, S. 48—55. 1913.

Die unter obigen Umständen einsetzende arterielle Hypertension ist durchaus kein ungünstiges Zeichen und kündigt nicht die Wiederkehr eklamptischer Anfälle an, sondern den baldigen Eintritt der Geburt.

Krankengeschichte mit Blutdruckskurven und Tabellen. Heilung der Eklampsie (IV-Para im 7. Monat der Gravidität) nach 3 Anfällen unter Morphium-, Chloral- und Helmitolbehandlung. Einige Tage danach trat starke Blutdrucksteigerung ein und nach 16 Stunden der Partus mit spontanem Verlauf. Unmittelbar post partum Abfall des Blutdrucks. *Semon.*

Bayer, Heinrich: Über Blasensprung und Blasenstich und über die Strikturen der Cervix. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 1, S. 1—67. 1913.

Ohne auf die reichlichen und sehr interessanten theoretischen Anschauungen des Verf. hier eingehen zu können, seien nur die praktischen Ergebnisse hervorgehoben. Der normale Zeitpunkt für den Blasensprung ist bekanntlich das Ende der Eröffnungsperiode. Die Cervix ist dann vollkommen verstrichen, der Muttermund ganz oder so weit eröffnet, daß er den vordringenden Kindskopf mit seiner größten Peripherie aufzunehmen vermag. Bei normalen Verhältnissen soll daher die Fruchtblase bis dahin womöglich geschont werden. Die zwingenden Indikationen jedoch zur künstlichen Sprengung der Blase nach der Eröffnung des äußeren Muttermundes sind: 1. Wehentenesmus, 2. Blutungen, 3. Sichtbarwerden der Eispitze in der Vulva. Die allgemeine Ansicht, daß die künstliche Sprengung der Blase bei noch nicht erweitertem Muttermunde ein kräftiges Wehenmittel ist, ist insofern zutreffend, als nach dem Blasenstiche die Bauchpresse und mit ihr die Hauptexpulsivkraft der Austreibungsperiode in der Regel einsetzt und die Geburtstätigkeit nach dem Wasserfluß eine Verstärkung erfährt. Die Frage jedoch, ob die eigentlichen Wehen, die Uteruskontraktionen, durch den Abfluß des Wassers gesteigert werden, läßt sich nicht in dieser positiven Weise beantworten. Die Erfahrung lehrt, daß der Blasensprung nicht selten zu einer mehr oder weniger lang anhaltenden Erlahmung der Wehenkräfte zu führen vermag (z. B. bei Querlage). Auch bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Blasenstich handelt es sich nicht um Wehenverstärkung, sondern um Weheneinleitung. In der Berücksichtigung der hydrostatischen Verhältnisse und des sog. Berührungsgürtels muß die Blase sorgfältig geschont und niemals künstlich gesprengt werden, solange man nicht volle Sicherheit hat, daß nach dem Wasserfluß ein abschließender Berührungsgürtel vorhanden sein wird, solange man also befürchten muß, daß der künstliche Blasensprung übermäßigen Fruchtwasserabgang und die Ausbildung eines Fruchtachsendruckes am hochstehenden Kinde zur Folge haben kann. Bei Querlagen ist die künstliche Sprengung nur bei gleichzeitiger Ausführung der Wendung gestattet; ist

die Wendung dabei nach vorzeitigem Blasensprung noch nicht ausführbar, so legt man am besten Metreurynter ein, um mittels desselben wenigstens den weiteren Fruchtwasserabfluß zu verhindern. Aus demselben Grunde ist beim engen Becken der Blasenstich so lange kontraindiziert, als der Kopf noch beweglich über der oberen Apertur steht. Besondere Berücksichtigung müssen die Cervixstrikturen finden. Unter diesem Namen versteht man weder eine ringförmige lokalisierte Verengerung der Cervix, noch eine pathologische Gewebsveränderung an derselben, sondern vielmehr einen physiologischen Effekt der Wehentätigkeit unter abnormen anatomischen Bedingungen, bei einer mangelhaften oder ungleichmäßigen Entfaltung des Mutterhalses. Nach Besprechung der Theorie des unteren Uterinsegmentes und seiner Anomalien (Schrödersche und Bandlsche Auffassung der Cervixfrage, ferner ungleichmäßige, einseitige Entfaltung der Cervix) gelangt Bayer zum praktischen Ergebnisse, daß man in all den Fällen, in welchen man eine Anomalie des unteren Segmentes vermutet oder am Auftreten einer Striktur erkennt, die Fruchtblase möglichst schonen muß. Bei Strikturen ist der künstliche Blasenstich absolut kontraindiziert. Springt jedoch die Blase vor der Zeit, so bestrebe man sich vor allem, einen übermäßigen Wasserabfluß zu verhüten. Bei möglicher Feststellung, daß die Striktur als normaler Berührungsgürtel funktioniert, d. h. in der Wehe den Austritt von Flüssigkeit aus dem Uterus verhindert, ist expektatives Verfahren angezeigt; im allgemeinen handelt es sich in diesem Falle um eine zirkuläre Striktur bei normaler Fruchtlage. Die partiellen Strikturen dagegen, wenn sie mit Haltungsanomalien verbunden sind, erfordern ein aktives Verfahren. In Fällen, in denen das Vorwasser fehlt, kann man vom Blasenstich einen eklatanten Einfluß auf die Erweiterung der Weichteile und damit auf die Beschleunigung der Geburt erwarten. Bei intakter Blase ist die Frucht nur ausnahmsweise gefährdet; erst nach dem Blasensprung können ihr jene Gefahren drohen, die kein Warnungszeichen im Zustande der Mutter ankündigt, die Herztöne des Kindes müssen daher in diesem Stadium der Geburt sorgfältig überwacht werden. Den Einfluß des Blasensprunges auf die Nachgeburtsperiode charakterisiert Bayer damit, daß vor dem Blasensprunge der Uterus sich am gesamten Ei zurückzieht, nach dem Blasensprunge zieht er sich mit den Eihäuten am Eiinhalte zurück. *Frommer* (Wien).

Giunta, Rocco: Il metodo Bossi nel parto forzato per la cura dell'eclampsia. (Bossische Dilatation zur Beschleunigung der Geburt bei Eklampsie.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **34**, Nr. 123, S. 1287—1288. 1913.

Primipara erkrankte im VIII. Monat an Eklampsie, verschiedene Anfälle. Uterus sehr groß, voraussichtlich Zwillinge, Ödeme am ganzen Körper. Nach genügender Erweiterung mit Bossis Dilatator Zangenversuch, dann Wendung; erstes Kind kam asphyktisch zur Welt und starb, das zweite wurde lebend extrahiert. Da bald vereinzelte Lungeninfiltrate mit Fieber eintraten, wurden einige Elektrargolinjektionen gemacht und später noch Auskratzung, da Placentarreste zurückgeblieben waren. Weiterer Verlauf gut. *Berberich* (Karlsruhe).

Ambrosini, Filippo: Taglio cesareo demolitore in donna con distocia grave vaginale. (Kaiserschnitt, Porro, bei schwerer vaginaler Veränderung.) (*Istit. clin. ostetr. di perfezionam., Milano.*) Arte ostetr. Jg. **27**, Nr. 19, S. 289 bis 293. 1913.

Frau von 29 Jahren mußte im 9. Monat der 1. Gravidität, 4 Jahre zuvor, wegen Nephritis mittels Bossischer Dilatation und Craniotomie entbunden werden. Eine Blasenscheidenfistel heilte spontan. Bei der jetzigen Gravidität war das Scheidengewölbe fast ganz geschlossen, Portio nicht zu fühlen und nicht zu sehen, Erweiterung unmöglich, Becken sonst normal. Vor Ende des VII. Monats löste eine Anstrengung Wehen aus, die, da die Geburt per vias nat. unmöglich war, zum Einschreiten nötigten. Es wurde Sectio caesarea gemacht, mit Entfernung des Uterus. Das Kind starb kurz nach der Geburt. *Berberich* (Karlsruhe).

Calderon, Fernando: Vorläufiger Bericht über die neun ersten, wegen Placenta praevia in den Philippinen ausgeführten Fälle von Kaiserschnitt. (*Colegio méd.-farmac. de Filipinas*, 4. XII. 1912.) Progresos de la Clinica, Jg. **1**, Nr. 8, S. 57—58. 1913. (Spanisch.)

Die guten Resultate des Verf. veranlassen ihm, den abdominalen Kaiserschnitt bei Placenta besonders zu empfehlen; bei nicht verstrichener Cervix und stehender

Blase ist diese Operation für Mutter und Kind die beste; für infizierte Fälle ist der Kaiserschnitt nach Porro vorzuziehen. *Schmid* (Prag).

Wochenbett:

Jordan, J. Furneaux: Vaccine treatment in cases of puerperal fever. (Vaccinebehandlung bei Kindbettfieber.) Journal of clin. res. Bd. 6, Nr. 3, S. 92 bis 96. 1912.

Bei 21 Puerperalfieberfällen war 17 mal der Streptokokkus als Ursache gefunden. Verf. empfiehlt beim Auftreten von Fieber im Wochenbett sofort die bakteriologische Untersuchung vorzunehmen, aus den betreff. Bakterien Vaccine herzustellen und möglichst frühzeitig 20—30 Millionen der von dem befallenen Individuum stammenden Streptokokken zu injizieren. Selbst wenn ein unmittelbarer Erfolg nicht eintreten sollte, so sei der weitere Verlauf milder, verlaufe unter geringeren Fiebersteigerungen, und nach Eröffnung der sich bildenden Abscesse sei die Heilung rasch und dauernd. Hingegen zeige sich bei den nicht vaccinierten Fällen jedesmal eine erhebliche Verschlimmerung der allgemeinen septischen Symptome, wenn irgendein chirurgischer Eingriff vorgenommen wird. *Landau.*

Hoytema, D. G. van: Pathologie des Wochenbetts. (*Klinik, Leiden.*) Nederl. Maandblad voor verlosk. en vrouwen. Jg. 2, Nr. 8, S. 521—529. 1913. (Holländisch.)
Sammelreferat über das Jahr 1912. *Stratz.*

Foetus und Neugeborenes:

Shears, George P.: The administration of oxygen to the fetus. (Die Einwirkung von Sauerstoff auf den Foetus.) Med. record Bd. 84, Nr. 3, S. 112 bis 113. 1913.

Bei seinen 11 Versuchen über die Einwirkung von Sauerstoff auf den Foetus fand Verf., daß Einatmung durch die Mutter die kindlichen Herztöne beschleunigt. Die mittlere Beschleunigung war 15 Schläge. Aber auch die Kindesbewegungen wurden in ihrer Häufigkeit und Mächtigkeit beeinflußt. Verf. nimmt an, daß, da mütterliche und fötale Zirkulation eigentlich ein und dieselbe ist, man durch chemische Bindung des Sauerstoffes an das mütterliche Blut das des Kindes beeinflussen kann. Verf. sieht darin eine Möglichkeit, Asphyxien vor der Geburt zu verhindern oder günstig zu beeinflussen. Da während der Uteruskontraktion eine Verkleinerung der Placentarfläche statthat, bekommt der Foetus weniger Blut und damit Sauerstoff. Verf. schlägt daher vor, in Fällen langdauernder Geburt Sauerstoff zu geben, oder wenn irgendeine Irregularität der fötalen Herztöne Asphyxie anzeigt. *Heydolph* (Charlottenburg).K

Zajceff, T. A.: Das Stillen durch kranke Mütter nach dem Material des Timister-Krankenhauses. Med. Rundschau Bd. 80, H. 12. 1913. (Russisch.)

In 2 Jahren wurden insgesamt 450 Kinder behandelt mit einem Durchschnittsaufenthalt von 22,3 Tagen. Darunter im Alter bis zu einem Monat 86,6%. Von den 450 Müttern waren 402 krank und zwar an Endo-para-perimetritis, Phlegmas. alba dolens, Phlebitis und Nephritis. Von den drei an Typhus kranken Müttern starb die eine in der Klinik, die zweite ist einer anderen Klinik überwiesen und das Kind abgesetzt worden, während die dritte heimging und bis zur Genesung ihr Kind gemischt, dann mit der Brust genährt hat. 10,3% der Kinder haben wegen Todes oder langdauernder Krankheit der Mutter auf Muttermilch verzichten müssen. 295 Kinder (65%) haben an Gewicht zugenommen, 127 (28,2%) abgenommen und 28 (6,0%) blieben im Gleichgewicht. Die durchschnittliche tägliche Zunahme betrug pro Kind 15,0 g. Die Ursachen der Gewichtsabnahme waren 58 mal Tod der Mutter, 36 mal Krankheit und Tod des Kindes und 33 mal Verschlimmerung der Krankheit bei der Mutter und ein plötzlicher Übergang zur künstlichen Nahrung. Die Hälfte der Kinder kam in die Klinik in stark verwahrlostem Zustande mit Milchschorf, Seborrhöe, Darmstörungen, Nabeleiterung usw. Von den 450 Kindern starben 36 (8%). Davon 5 an Sepsis und Pyämie, Otitis m. pur. utriusque 1, Diphtheria fauc. 1, Darmstörungen 7, Pneumonia 13, Ductus Botali apertus 1, Debilitas congen. 2, Atrophia 1, Meningitis 2, Peritonitis 2, Tetanus 1. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Meier, Josef: Säuglings- und Kinderkrippen. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. 4, H. 12, S. 358—371. 1913

Allgemein gehaltenes Referat über Zweck und Einrichtungen der Krippen mit be-

sonderer Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse. Verf. definiert im Gegensatz zu anderen Autoren die Krippe als eine Fürsorgeeinrichtung für Kinder der ersten Lebenswochen bis zum vollendeten 3. Lebensjahre, die in erster Linie eine soziale Aufgabe zu erfüllen hat, durch die hygienisch einwandfreie Versorgung der Kinder, den Müttern, die gezwungen sind, dem Erwerbe nachzugehen, diese Erwerbsarbeit zu ermöglichen. Im Durchschnitt betragen die Kosten für Verpflegungstag und Kind 95 Pf. In Deutschland sind 250 Krippen, welche nur 8% der Säuglinge der außerhäuslich erwerbstätigen Frauen versorgen. *Grünbaum* (Nürnberg).

Klotz, Max: Die ätiologische Bedeutung des Geburtstraumas für die geistige und körperliche Entwicklung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 8, H. 1, S. 1—9. 1913.

Über die Beziehungen zwischen abnorm verlaufendem Geburtsakt und der späteren Entwicklung des Neugebornenen herrschen völlig auseinandergehende Meinungen. Während ein großer Teil der Neurologen und Pädiater im Anschlusse an Little meint, daß bei abnormen Geburten irreparable Hirnschädigungen entstehen können, kommen andere, vor allem Hannes (Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynaek. 68) zum entgegengesetzten Resultate. Letzterer verfolgte die Schicksale von asphyktisch zur Welt gekommenen, von mit Kunsthilfe Geborenen und von normal Geborenen weiter und fand bei allen dreien den gleichen Prozentsatz abnormer Kinder. Seine Arbeit hat den Fehler, daß er ein zu kleines Material verwendete und daß er eine gleiche Anzahl von normalen und pathologischen Geburten verglich, während letztere doch so viel seltener sind. Die Frage scheint also bis jetzt nicht geklärt; sie wird erschwert dadurch, daß eben bei cerebralen Lähmungen, jugendlichem Schwachsinn u. dgl. auch die erbliche Belastung eine enorme Rolle spielt, und daß es schwer ist, die Grenze für diese zu ziehen. Nach den eigenen Forschungen des Verf., die sich auf ein numerisch kleines, aber einwandfreies Material beziehen, scheint das Geburtstrauma doch eine gewisse Dignität zu besitzen, er fand bei 7,6% idiotischer Kinder kein anderes ätiologisches Moment als die abnorme Geburt. Hingegen war kein einziges seiner Little - Kinder eine Frühgeburt. *Seige* (Partenkirchen).

Laffont: La mortinatalité et la mortalité infantile à Alger. (Totgeburt und Kindersterblichkeit in Algier.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 2, S. 63—66. 1913.

Laffont berichtet über seine Statistik aus der Maternité in Algier. Die Zahl der Totgeburten ist ziemlich hoch, 7,7%; die jährliche Durchschnittszahl der Geburten zeigt eine deutliche Neigung zum Sinken, während die Zahl der Aborte erheblich zunimmt. Von den Lebendgeborenen starben im Laufe des ersten Jahres 15,6%. Er fordert daher auch an dieser Stelle dringend Errichtung unentgeltlicher Beratungsstellen für schwangere Frauen und Säuglinge. *Schneider* (Freiburg i. Br.).

Heim, Paul: Die parenteralen Infektionen und die Ernährungsstörungen der Säuglinge. Orvosképzés. Jg. 3, Nr, 7, S. 559—568. 1913. (Ungarisch.)

Die Erkrankung wird hervorgerufen durch außerhalb des Magen-Darmtraktes liegende Infektionen, so die katarrhalische Infektion der Luftwege, die „Gripp e", die Infektionen der Haut, Cystitis, Pyelitis, Osteomyelitis, die Pockenimpfung usw. Begleiterscheinungen sind Appetitlosigkeit, die Anorexie, bald Erbrechen und Durchfall. Die infolge der Appetitlosigkeit auftretende Inanition kann verhängnisvoll sein. Betreffs der Therapie müssen wir gegen die Infektion und die Ernährungsstörungen kämpfen. Bei den katarrhalischen Infektionen der Luftwege sind die Salizylpräparate indiziert, welchen man zur Herabsetzung der gesteigerten Peristaltik je nach dem Alter 1—3 Tropfen Opiumtinktur und etwas Wismut beifügen kann. Die Verabreichung von Abführmitteln ist verfehlt. Man lasse den Säugling nicht hungern. Wenn der Durchfall hartnäckig fortbesteht, dann verwende man ein diätetisches Nahrungsmittel; ein solches ist die Finkelsteinsche Eiweißmilch und die Heim - Johnsche Käsemilch. Letztere kann leicht im Hause hergestellt werden; man nimmt 1/2 Liter ungekochte Milch, erwärmt sie auf 37° C und gibt einen Kaffeelöffel Simonscher

„Labessenz“ hinzu, worauf die Milch in 10—15 Minuten gerinnt. Diese seiht man durch ein Sieb. Den zurückbleibenden Käse, der aus Paracaseincalciumphosphat besteht, tut man in 1/2 Liter 80° C heißes Wasser und treibt ihn mit Hilfe eines Löffels 6—8 mal durch ein Haarsieb, damit sich der Käse in dem Wasser fein verteilt. Zu dieser Masse wird 1/2 Liter heiße Milch und 30 g Soxletscher Nährzucker zugefügt. Von diesem Gemenge erhält der Säugling eine seinem Alter und seiner Ernährung entsprechende Menge. Diese Nahrung ist an zu Gärung geeignetem Zucker arm, aber casein- und calciumreich. *Bogdanovics* (Budapest).

Zarfl, Max: Ein Fall von Pemphigus benignus congenitus. (*N.-ö. Landes-Zentralkinderh.*) Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien Jg. **12**, Nr. 10, S. 136 bis 138. 1913.

Beschreibung eines Kindes, das mit Pemphigusblasen, auch an Finger, Zehen und Fußsohlen, zur Welt kam. Ausgang in Heilung. Wassermann bei Mutter und Kind negativ. *Jaeger* (München).

Imre, Josef: Prophylaxe und Therapie der Augenentzündung der Neugeborenen. Orvoskèpzès Jg. **3**, Nr. 6, S. 467—483. 1913.

Auf der Augenklinik zu Kolozsvar wurden in den letzten 5 Jahren 45 = 1,17% Säuglinge wegen Blenorrhöe behandelt. Dieselbe verursachte nach Verf. Erfahrungen in 5,6% einseitige Blindheit, in 2,7% doppelseitige. Wichtig ist es, daß die Behandlung so frühzeitig wie möglich beginne. Erforderlich ist der Nachweis des Gonokokkus; befinden sich im Sekrete auch Streptokokken, so ist die Gefahr für das Auge noch größer. Bei Frühgeburten, Zwillingen und schlecht genährten Säuglingen ist das Leiden gefährlicher. Prophylaktisch wird Argentum aceticum angewendet, dies genügt jedoch nicht, die Mütter müssen aufmerksam gemacht werden, damit sie ihre kommenden Kinder vor dem Übel bewahren. Die Behandlung muß mit Ausdauer fortgesetzt werden. In den ersten Tagen mehrere Male kalte Umschläge, Spülungen mit 3% Borsäure oder mit Kal. hypermangan; bei Gefährdung der Kornea mit Jodtrichlorid 1 : 4000. Bei Erkrankung der Hornhaut, Infiltration, Geschwür, darf das Augenlid bei der Spülung nicht umgeklappt werden. Befindet sich das Cornealgeschwür zentral, gibt man Atropin, liegt es peripher Pilocarpin. Bei Irisprolaps wird 2—3 mal täglich Pilocarpin eingeträufelt. Bei nicht progredierendem Infiltrat der Cornea benützt man Dionin entweder in Pulver, oder als 3% Salbe. Oft sieht man von einer 1—2 proz. Kollargolsalbe guten Nutzen. Das Leiden dauert gewöhnlich 4—6 Wochen. *Bogdanovics* (Budapest).

Hirsch, Ada: Icterus neonatorum und Gallenfarbstoffsekretion bei Föten und Neugeborenen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 42, S. 2346. 1913.

Verf. weist gegenüber Ylppö darauf hin, daß er schon in der Sitz. der Ges. f. int. Med. u. Kinderheilk. in Wien am 3. Juni 1913 (siehe Münchner med. Wochenschr. 1913, Nr. 29, S. 1630) über Gallenstoffbestimmungen im Nabelschnurblut berichtet hat. *Runge* (Berlin).

Genersich, Gustav: Schwere des Schnupfens im Säuglings- und Kindesalter. Orvosképzés Jg. **3**, Nr. 6, S. 425—447. 1913.

Die „Grippe“ ist keine harmlose Krankheit. Brustkinder vertragen dieselbe relativ am leichtesten, bei künstlich und besonders bei fehlerhaft genährten ist die Mortalität größer.

Die Infektion der oberen Luftwege deszendiert und verursacht schwerere Komplikationen. In Ungarn sterben im Alter bis zu 7 Jahren jährlich 16,7% an Pneumonie. 2,3% an Bronchitis und an Catarrhus bronchialis 1,7%. Die Krankheit ergreift auch den Digestionsapparat in nicht unbedeutendem Maße. Es erfolgt Erbrechen, der Appetit liegt danieder, zufolge des Schnupfens ist das Saugen behindert, die Diarrhöen verursachen Gewichtsverlust. Durch die Infektion sinkt die Toleranz gegen die Nahrung, mitunter treten Intoxikationserscheinungen auf.

Die Prognose ist bei Neuropathischen, bei exsudativer Diathese und besonders bei überfütterten oder mit Kohlenhydraten unzweckmäßig ernährten Kindern eine schlechte. Prophylaktisch scheint das Heubnersche, von Lesage modifizierte, in Anstalten durchführbare Boxsystem vorteilhaft zu sein. Ist die Brustnährung nicht möglich, verabreiche man eine womöglich eiweißreiche, kohlenhydrat- und serumarme Nahrung: die Finkelstein-Mayersche Eiweißmilch. Der Schnupfen muß behandelt

werden, hierzu benutzt man Adrenalin, Natrium sozojodolicum, Hydrogenium hyperoxydatum. Bepinselungen mit $^1/_2$ proz. Lapislösung. Als Antipyreticum gibt man 0,05—0,10 g Pyramidon. Deszendiert die Erkrankung auf die Bronchien, so kommen die hier allgemein verwendeten therapeutischen Verfahren in Betracht. Hauptsache ist die Stimulation des Herzens. *Bogdanovics* (Budapest).

Martin et Berny: Spina-bifida. Myélo-méningocèle. (Spina bifida. Myelomeningocele.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 3, S. 314—316. 1913.

2 Tage altes Kind, sonst normal entwickelt, kein Hydrocephalus; Operation der großen Myelomeningocele; Deckung des großen Defektes durch zwei Fascienperiostlappen aus der Lumbalgegend. Zunächst reaktionsloser Verlauf. Entfernung der Nähte am 6 Tage, Dehiszenz der Wunde, Meningitis; Exitus am 8. Tage.

Eine primäre Infektion wurde nach Meinung der Verff. durch die angewandte Jodtinkturdesinfektion vermieden, während die sekundäre Infektion der Meningen bedingt war durch das gerade bei der Spina-bifida-Operation häufige Platzen der Hautwunde, da dieselbe unter zu großer Spannung steht. *Schmid* (Prag).

Grosse, A.: Imperforation anale chez le nouveau-né. (Atresia ani beim Neugeborenen.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31**, Nr. 15, S. 288—292. 1913.

An Hand eines einschlägigen Falles erwähnt Verf., wie leicht bei ungenauer Untersuchung diese Anomalie übersehen werden kann. In den einfachsten Fällen ist der After durch eine dünne Membran verschlossen, die sich beim Schreien hin und her bewegt. Zuweilen hat der Anus normales Aussehen; geht man aber mit einer Sonde ein, so findet man ihn blindsackförmig geschlossen. Manchmal ist nicht einmal die Spur einer Afteranlage zu sehen. Die Ursache der Atresie ist in einer Störung der Entwicklung des Anus und des unteren Teiles des Rectum zu suchen, das blindsackförmig endigt. Behandlung: Handelt es sich nur um eine verschließende Membran, so wird sie kreuzweise durchschnitten. In den schwierigen Fällen wird nach einem Medianschnitt in der Nähe des Steißbeins präparatorisch die Ampulle freigelegt, uneröffnet bis an die Hautwunde gezogen, dort fixiert und dann erst breit eröffnet, worauf die Schleimhaut mit der Haut vernäht wird. In den seltenen Fällen, in denen die Atresie von einer Dünndarmobliteration begleitet ist, ist natürlich die Operation illusorisch. *Jaeger* (München).

Kinderkrankheiten:

Grenzgebiete.

Morozoff, A. K.: Ein Fall von Leishmanscher Krankheit bei einem 1 Jahr und 2 Monate altem Kinde. (*Imperator Paul I. Krankenh., Moskau.*) Pediatria Jg. **1913**, Nr. 8, S. 85—92. 1913. (Russisch.)

Im 4. Lebensmonat eines bis dahin gesunden Kindes, setzt plötzlich Fieber ein, das 3 Stunden anhält. Nachträglich starker Schweiß. Nach 2 monatlichem Verlauf fängt das Fieber an unregelmäßig aufzutreten. Nachts kein Fieber. Manchmal freie Zwischenpausen von 1—2 Wochen. Im 4. Monat der Krankheit wurde eine Milzvergrößerung diagnostiziert. Auf subcutane Einspritzung von Chinin. bimur. und Chinineinläufe vorübergehende Besserung. Mit 1 Jahr 1 Monat treten im Mund, Rachen und Kiefer Blutgeschwüre auf. Dabei Heiserkeit ohne Schnupfen. Eine Wunde auf der unteren Lippe wollte im Verlauf von 3 Wochen nicht heilen. Es bestand Husten und Brechreiz. Verstopfung im Verlauf der ganzen Krankheit. 3 200 000 Erythrocyten, 2000 Leukocyten. Poikilocytose. Im Blut der Milz, das durch Punktion geholt wurde, befanden sich Leishman-Donovansche Erreger. Auf eine intravenöse Injektion von 0,2 Neosalvarsan Temperaturabfall bis zur Norm, dann plötzlicher Anstieg und Exitus. Der Sektionsbefund ergab: Leishmaniosis. Tumor lienis subacutus cum hyperplasia pulpae. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Rotch, Thomas Morgan: Three types of occlusion of the esophagus in early life. (Drei Typen von Oesophagusverschluß im Kindesalter.) (Transact. of the Americ. pediatr. soc., meet. 5—7. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 380—381. 1913.

3 Fälle kongenitaler Speiseröhrenverengerung bei Kindern von je $1^1/_2$, 5 und 10 Jahren. Der erste Fall von hochgradiger Striktur verlief nach Gastrektomie tödlich, die beiden anderen

wurden durch Sondendilatation gebessert, Ursache im letzten Fall (sackartige Dilatation mit Speiseresten und Kupfergeldstück oberhalb der Striktur) anscheinend zeitweilige krampfartige Verengerung zentralen Ursprungs. *Laubenburg* (Remscheid).

Kuskowa, P. W.: Zur Frage der Pylorusstenose bei Säuglingen. Ein Fall von Pylorospasmus bei einem 8monatigem Kinde. Med. Rundschau Bd. **80,** Nr. 12, S. 13—47. 1913. (Russisch.)

Verf. berichtet über einen Fall von Pylorusstenose bei einem 8monatigem Kinde. Die Erscheinungen bestanden in ununterbrochenem Erbrechen, wie nach Einnahme von fester und flüssiger Nahrung, so auch in den Zwischenpausen, hartnäckige Verstopfung (Hungerstühle), Aufblähung in der Magengegend, Einfallen des Abdomens unterhalb des Nabels und palpable Pylorusverdickung. Das Körpergewicht ist um ein Drittel gesunken. Von den Symptomen der Pylorusstenose fehlte nur die sichtbare Peristaltik, die weder durch Klopfen noch durch Einnahme von Nahrung hervorzurufen war. Nach der Klassifikation von Pfaundler gehört der beschriebene Fall zur Gruppe der Pylorospasmen auf dyspeptischer Basis, unterscheidet sich aber von diesen wesentlich durch die Schwere des Verlaufes. Auch vom ähnlichen klinischen Bilde der Hirschsprungschen Krankheit unterscheidet er sich durch das späte Auftreten und die vorangegangenen dyspeptischen Beschwerden. Angeborene Hyperplasie kommt auch nicht in Betracht, da dieselbe sich schon vorher hätte zeigen müssen. Den nervösen Begleiterscheinungen nach ähnelt der Fall der von Lessage beschriebenen spästischen Krankheit, jedoch fehlt hier die Galle im Erbrochenen. Verf. kommt zu dem Schluß, daß das Primäre der beschriebenen Krankheit ein Spasmus ist, bei dem künstliche Ernährung, dyspeptische Beschwerden und Erblichkeit ein prädisponierendes Moment spielen. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Neurologie und Psychiatrie:

Bossi, L. M.: A proposito di un impressionante suicidio. (Anläßlich eines ergreifenden Selbstmordes.) Ginecol. minore Jg. **6,** Nr. 2, S. 17—21. 1913.

Im Anschluß an einen Artikel in einer italienischen Tageszeitung, in dem der Journalist den Selbstmord einer unter den glücklichsten Verhältnissen lebenden Dame auf ihre Kinderlosigkeit zurückführte, sagt Bossi, daß das Laienpublikum wohl ahne, daß zwischen vielen Selbstmorden und Frauenleiden Zusammenhänge beständen, daß der Arzt diesen aber interesselos gegenüberstände.

Er führt als Beweis den Fall einer 42jährigen Dame an, die an Melancholie mit starker Selbstmordneigung litt; nach längerer ärztlicher Behandlung kam sie zu Bossi, der infektiöse hyperplastische Veränderungen an Uterus und Endometrium feststellte, nach deren Operation Heilung der psychischen Störungen eintrat. Ein weiterer Fall, wo bei einer Frau infolge einer „Krankheit der Genitalien eine Charakteränderung" auftrat, die schließlich zum Selbstmorde führte, wurde B. von einer Patientin erzählt.

Zum Schlusse beklagt Bossi, daß der soziale Roman „Circe" der Schriftstellerin Annie Vivanti von den Ärzten nicht beachtet werde, während er den ganzen Stand hätte aufrütteln sollen. In diesem Romane wird die Schuld und der Untergang der bekannten Verbrecherin Gräfin Marie Tarnowska als Folge einer frühzeitig erworbenen chronischen Genitalerkrankung angesprochen, die zu psychopathischen Veränderungen geführt habe; die Verfasserin will mit ihrem Romane zeigen, daß solche Genitalerkrankungen eine ähnliche gerichtsärztliche Bedeutung haben, wie z. B. der Alkoholismus. Bossi schließt sich dem an; vielleicht sei dieser eklatante Fall aus den obersten Gesellschaftsschichten von der Vorsehung dazu bestimmt, um die enorme soziale Bedeutung des Problems für alle Klassen zu erweisen. *Seige* (Partenkirchen).

Gelb, A.: Bibliographie der deutschen und ausländischen Literatur des Jahres 1912 über Psychologie, ihre Hilfswissenschaften und Grenzgebiete, mit Unterstützung von Prof. H. C. Warren. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. Bd. **66,** H. 5/6, S. 321—506. 1913.

Gerichtliche Medizin:

Haberda, A.: Die gerichtsärztliche Untersuchung in Fällen von Geschlechtsdelikten. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 39, S. 2485—2492. 1913.

Die erwähnten Untersuchungen erfordern eine besondere Vorbildung, denn dem praktischen Arzte, sogar häufig dem Frauenarzte, kommen nicht sehr oft Gelegenheiten zur Untersuchung jungfräulicher Genitalien vor. Man versäume nie, den ganzen Körper

genau zu untersuchen; wichtig sind z. B. Verletzungsspuren, Urteil über den Kräftezustand der verletzten Person, insbesondere Entwickelung der Beinmuskulatur, Feststellung, ob sie sich schon in geschlechtsreifem Alter befindet. Auch das psychische Verhalten (Geistesschwäche!) ist nicht zu vernachlässigen. Bei Befragung der verletzten Person hüte man sich vor Suggestivfragen, bedenke, daß Kinder oft eine reiche Phantasie haben. Ein Urteil der Frau darüber, ob und wie weit der Penis bzw. ein Fremdkörper in die Scheide eingedrungen ist, ist mit äußerster Vorsicht aufzunehmen, bei einer durch den Beischlaf entjungferten Frau direkt abzulehnen. Es beruht dies darauf, daß im Gegensatze zum Scheideneingang die tieferen Teile des weiblichen Geschlechtskanales eine sehr geringe Empfänglichkeit haben, so daß z. B. sogar die Einführung eines Gegenstandes in die Harnröhre von der Einführung in die Scheide nicht immer auseinander gehalten werden kann. Ähnlich liegen die Verhältnisse beim After. Man nehme sich auch bei gerichtsärztlichen Untersuchungen genügend Zeit, vermeide die Anwendung von Instrumenten und stelle sich in aller Ruhe eine gute Lagerung der Patientin (Diwan, Tisch) her. Bei Weigerung zur Duldung der Untersuchung vermeide man jede Gewalt, sondern rufe ev. die Autorität des Richters an. *Seige* (Partenkirchen).

Julien, L.: Avortement criminel par perforation de l'utérus. (Krimineller Abort durch Uterusperforation.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 5, S. 470—471. 1913.

Bei der gerichtlichen Sektion der Leiche eines 16 jährigen plötzlich verstorbenen Mädchens fand sich in der Bauchhöhle ein großer Bluterguß und ein $2^1/_2$—3 monatiger Foetus mit schweren Verletzungen, sowie einzelne Placentafetzen. Es konnte sich nach dem Befunde um keine Extrauteringravidität handeln, im Gegenteil waren die Adnexe unversehrt, der Uterus zeigte jedoch am Fundus einen großen Riß mit zerfetzten Rändern. Julien nimmt an, daß es sich um einen Eingriff mit einem plumpen Instrumente gehandelt hat, der erst zu einem mäßigen Risse führte, es entstanden dann Uteruskontraktionen, die die Verletzung auseinanderrissen und den Foetus und Placenta in die Bauchhöhle trieben. Die gerichtlichen Nachforschungen hatten keinen Erfolg. *Seige* (Partenkirchen).

Corin, G.: La mort subite au cours d'avortements criminels. (Der plötzliche Tod im Verlauf krimineller Aborte.) (*Inst. de méd. lég., univ., Liège.*) Arch. internat. de méd. lég. Bd. 4, Nr. 2, S. 150—157. 1913.

Beim kriminellen Abort kommt plötzlicher Tod nicht sowohl häufig infolge Verletzung und starker Blutung als vielmehr infolge Luftabsorption in die Venen, infolge Luftherz zustande. Die Feststellung in mortua, ob Luftherz vorliegt, ist häufig sehr schwer, gelegentlich sogar vielleicht kaum möglich. Die Diagnose kann nur gestellt werden, wenn mit der Obduktion des Thorax begonnen und namentlich nicht zuerst Schädel und Cerebrum eröffnet werden. *Hannes* (Breslau).

Sabrazès, J., P. Lande et L. Muratet: Seconde note sur le sang cadaverique, en médicine légale, du foetus, du nouveau-né et de l'enfant. (Zweite Mitteilung über gerichtlich-medizinische Untersuchungen am Leichenblute vom Foetus, Neugeborenen und Kinde.) Rev. de méd. légale Jg. 20, Nr. 9, S. 257—267. 1913.

Verff. fügen ihrer früheren Arbeit (I. Congr. d. médec. lég. d. l. lang française. Paris 1911) neun weitere Fälle hinzu. Die Einzelheiten der Untersuchungen müssen im Originale nachgelesen werden. Hauptsächlich erwähnenswert erscheint, daß atmosphärische Einflüsse, Hantierungen an der Leiche usw. ausschlaggebend für die Gestaltung des Blutbildes sind; so erhält es sich verhältnismäßig lange, wenn das Kind im Bett und in seinen Windeln bleibt; im Gegenteil schwindet bei Wasserleichen der Befund schnell und völlig. Dieser Einfluß ist beim Erwachsenen weniger ausgesprochen. Zuerst geschädigt werden die weißen Blutkörperchen. Es empfiehlt sich, das Blut aus den Fingern und nicht aus den Herzkammern zu entnehmen. *Seige* (Partenkirchen).

Soziales. Statistik:

Balzer, F.: Le mariage du syphilitique; doit-il avouer sa maladie avant le mariage? (Die Ehe Syphilitischer; muß man seine Krankheit vor der

Heirat eingestehen?) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24,** Nr. 17, S. 265—269. 1913.

Balzer hebt hervor, daß trotz der Entdeckung der Spirochaeta pallida in tertiären Effloreszenzen und trotz der Tatsache, daß die gründlichste Behandlung nicht unbedingt vor diesen Folgen schütze, sich doch die Indikationsstellung für die Erteilung des ärztlichen Heiratskonsenses an Luetische nicht wesentlich geändert habe, wenn man nur verlange, daß die Wassermannsche Reaktion negativ ausfalle. Die Frage, ob der Kranke seine Infektion spontan eingestehen solle, läßt er offen, wenn er auch vom Standpunkt der Moral aus mehr für ein Geständnis ist. Dieses fordert er aber unbedingt, falls von seiten der Familie der Zukünftigen eine Anfrage gestellt wird. *Schneider* (Freiburg).

Bernheim, Samuel: Tuberculose et mutualité. (Tuberkulose und Kassen.) Rev. internat. de la tubercul. Bd. **24,** Nr. 3, S. 171—193. 1913.

Die Tuberkulose als soziale Krankheit; ihr Zusammenhang mit Unfällen, ihre ungeheuren Kosten und Verluste für die (in Frankreich fakultativen) Kassen. Hinweis auf den nicht zum geringsten durch die Tuberkulose bewirkten Rückgang der Bevölkerungsziffer. Für die durch Ausfall der Beiträge und durch die Behandlungskosten Tuberkulöser entstehenden Kosten sollten die 5 Millionen auf Gegenseitigkeit Versicherten Prophylaxe im großen Stile, Sanatorien und Polikliniken einrichten. *Mohr* (Berlin).

Pittard, Eugène: Analyse comparative de quelques grandeurs du corps chez les tatars des deux sexes. (Vergleichende Analyse einiger Körpermaße bei Tartaren beiderlei Geschlechts.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de l'acad. d. scienc. Bd. **157,** Nr. 12, S. 498—501. 1913.

Auf Grund von Messungen an 38 Frauen des Balkans kommt Pittard zu dem Resultat, daß sie in ihren Maßen denen der Männer am nächsten kommen bei den queren Schädel- und Kieferdurchmessern, während die größten Differenzen beständen in der Höhe des Gesichts und seiner Segmente, der Höhe des Schädels und der Breite der Nase. *Schneider* (Freiburg i. B.).

Drugeon, Etienne-Louis: Néo-malthusisme et eugénique. (Neo-Malthusianismus und Eugenik.) Rev. internat. de sociol. Jg. **21,** Nr. 10, S. 658—660. 1913.

Da nach den Erfahrungen der französischen Gesellschaft für Eugenik die erstgeborenen Kinder für die elterlichen Fehler empfänglicher sind als die jüngeren, so gesellt sich zu den bekannten Gefahren der Entvölkerung noch eine weitere: Die Verschlechterung der Rasse. Das Sinken der französischen Volksziffer beruht nicht auf biologischen Gründen, sondern ist auf die willkürliche Beschränkung der Kinderzahl zurückzuführen. March hat daher ein Verfahren vorgeschlagen, nach dem der Staat sich in Form von Geldbewilligungen an der Aufzucht der Kinder bedürftiger Familien beteiligen soll. Gegen die gerechte Durchführbarkeit dieses Systems werden vom Verf. Bedenken erhoben. *Holste* (Stettin).

● **Mohr, Wilhelmine: Geschlechtsleben und Prostitution der Jugend.** Berlin: Borngräber. 1913. 73 S. M. 1.—.

Das kleine Buch ist in 4 Abschnitte eingeteilt. Im 1. Abschnitt: Das Geschlechtsleben der Jugend im Lichte der Kunst und Wissenschaft, will Verf. nachweisen, daß das Kind nicht nur Sexualorgane, sondern auch Sexualleben hat. Manche harmlosen kindlichen Aussprüche und Spielereien werden als sexuell empfunden dargestellt. Der 2. Abschnitt heißt das undifferenzierte Alter. In diesem Alter entwickeln sich die Geschlechter nach ihrer psychischen Seite verschieden. Es beginnt schon das Liebesleben, hier sind die Verbrechenstriebe des Kindes von seinen Geschlechtstrieben kaum zu trennen. Das Kapitel Geschlechtsleben und Prostitution der Jugend handelt von den jugendlichen Verbrechen, ihrer weiten Verbreitung, ihren Ursachen und von den Versuchen, sie zu bekämpfen. Bei ihnen spricht das sexuelle Moment wohl am meisten mit. Zuletzt werden einige Gespräche angeführt als Beispiele für die beste Form der sexuellen Aufklärung der Jugend. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
Band III, Heft 10. sowie deren Grenzgebiete. S. 417—464

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Sawicki, Br.: Meningocele sacralis anterior. Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny Bd. **9**, H. 2, S. 129—154. 1913. (Polnisch.)

26jährige Arbeitersfrau litt seit Jahren an hartnäckiger Verstopfung. Zwischen der Entleerung einzelner Kotstückchen verflossen oft mehrere Minuten. Seit 6 Jahren verheiratet, einmal im 4. Monate Abort bald nach der Hochzeit. Ein Jahr später Spontangeburt. Kind starb unter Krämpfen. 2 Jahre später totes Kind geboren. Wendung bei Querlage. Seither Stuhlentleerungen noch mehr erschwert. Faeces in langen, schmalen streifenartigen Massen entleert, auf denen eine Art Rinne zu sehen war. Augenblicklich glaubte sich die Frau 2 Monate schwanger, trat in das Hospital wegen ihrer Verstopfung ein. Kolossale Koprostasis mit Dickdarmsenkung höchsten Grades. Vordere Mastdarmwand so vorgewölbt, daß Vagina und Urethra an die vordere Beckenwand gedrängt sind. Der in vaginam eingeführte Finger gerät direkt an die Symphyse, kann aber eine Vaginalportion des Uterus absolut nicht erreichen, da dieselbe weit in die Höhe disloziert ist durch einen Tumor, welcher präsacral liegt. Dieser Tumor überschreitet nach oben zu die Schamfuge um 3 Querfinger. Fluktuation im Tumor. Trotz aller Abführmittel und Lavements gelang eine gründliche Entleerung des Darmes nicht. Sawicki glaubte, eine Meningocele sacralis anterior vor sich zu haben und wollte eine diagnostische Punktion ausführen. Die Frau ging jedoch darauf nicht ein und verließ das Hospital. Erst nach 8 Monaten erschien sie wieder im letzten Schwangerschaftsmonate. Es traten Wehen ein, durch Wendung bei Querlage wurde die asphyktische aber später wieder belebte Frucht extrahiert. Schwierigkeiten machte nur die Extraktion des Kopfes. Nach 9 Tagen verließ die Frau das Asyl. Nach 39 Tagen kam sie wieder, gab an, das Kind habe gleich ihr an schwerer Verstopfung gelitten und sei bald gestorben. Jetzt verlangte sie selbst operative Abhilfe gegen die Verstopfung. Röntgenuntersuchung ergibt einen Defekt in der Knochenbildung am Os sacrum am 3. und 4. Sakralwirbel. Diagnose wie früher. Es fiel nur auf, daß die Frau trotz des Tumors im kleinen Becken geboren hatte, ferner, daß gar keine Symptome vorlagen, welche auf eine Kompression des Rückenmarkes hinwiesen. S. machte eine diagnostische Punktion, welche Cholestearinkrystalle sowie die Diagnose einer Dermoidcyste ergab. Sub operatione wurde eine Dermoidcyste entfernt, sowie eine oberhalb derselben liegende Meningocele sacralis anterior. Genaue Beschreibung der Operation mit Nachweis der Kommunikation der Cyste mit dem Wirbelkanal, Beschreibung der Technik. Fieberhafter Verlauf post operationem, aber Genesung. Bezüglich der Einzelheiten dieser äußerst interessanten Beobachtung ist die Arbeit im Originale einzusehen. *Fr. v. Neugebauer* (Warschau).

Morris, Robert T.: Stigmata of decadence in gynecology. (Stigmata der Decadenz in der Gynaekologie.) New York State journal of med. Bd. **13**, Nr. 10, S. 527—529. 1913.

Die Entwicklung des Menschen ist an eine von der Natur gesetzte Grenze gebunden. Als Entartungszeichen kann man zunächst primäre, anatomische Defekte, Hermaphroditismus, Verdoppelung des Uterus, mangelhafte Entwicklung der Ovarien ansehen. In einer zweiten Gruppe beantwortet das Zentralnervensystem mannigfache periphere Schädigungen mit reflektorischen Störungen mit Gebieten der sensiblen und trophischen Nerven der Beckenorgane; es kommt zu Lageveränderungen des Uterus, Funktionsstörungen der Ovarien, Wanderniere. *Rittershaus* (Koburg).

Bezançon, Fernand: La période menstruelle chez les tuberculeuses. (Die Menstruation der Tuberkulösen.) (*Hôp. de la Charité, Paris.*) Bull. méd. Jg. **27**, Nr. 83, S. 907—911. 1913.

Sammelreferat über die Beziehungen zwischen Menstruation und Tuberkulose. Menstruation oder Amenorrhöe sind abhängig von Form und Intensität der Tuberkulose. Selbst bei Aufhören der Menstruation kann die Ovulation und folglich die prämenstruelle Temperatursteigerung weiterbestehen. Die fiebernden Kranken zeigen eine bedeutende

Zunahme der Temperatur vor der Periode, sind aber während derselben afebril. Sehr selten findet sich intermenstruelles Fieber als Gegenstück zum intermenstruellen Schmerz. Bei vielen Tuberkulösen finden sich Rasselgeräusche nur in der prämenstruellen Epoche. Überhaupt exacerbieren in dieser Zeit alle Symptome, oft vorübergehend, oft dauernd. Beachtenswert ist die Häufigkeit der Hämoptoe vor Eintritt der Periode. Die prämenstruelle Temperatursteigerung ist nicht spezifisch für Tuberkulose, sie kommt bei allen möglichen latenten Infektionen vor und ist während einer Rekonvaleszenz diagnostisch gar nicht zu verwerten. Tuberkulose ist unbestritten eine Hauptursache des Syndroms; Hyperthermie und Dysmenorrhöe können jedoch, unabhängig von Tuberkulose, in Zusammenhang stehen mit einer Dysfunktion des Ovariums. Zu beachten ist ferner die Veränderung der Zusammensetzung von Blut und Urin während der Periode, die Beziehungen zwischen Thyreoidea und Ovarium, der Reichtum des menstruellen Blutes an Arsen und Jod. Vielleicht besteht bei manchen Frauen eine Toxikose im Moment der Bildung des Corpus lutuem. Verschärfung der üblichen Vorschriften in der prämenstruellen und menstruellen Epoche, Vermeidung kongestionssteigernder Mittel, ev. Organotherapie! *Hölder* (Tübingen).

Tixier: Maladies hémorrhagipares (purpura, maladie de Wehrloff, hémophilie, maladie de Barlow). (Hämorrhagische Erkrankungen [Purpura, Wehrloffsche Krankheit, Hämophilie, Barlowsche Krankheit].) (*Clin. méd. infant., Paris.*) Pédiatr. prat. Jg. **11,** Nr. 31, S. 546—553. 1913.

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

● **Küster, Ernst: Anleitung zur Kultur der Mikroorganismen. Für den Gebrauch in zoolog., botan., medizin. u. landwirtschaftl. Laboratorien. 2. verm. u. verb. Aufl.** Leipzig: Teubner. 1913. VII, 218 S. M. 8.—.

Kalledey, Ludwig: Beiträge zur Sublimat-Affinität. (*Univ.-Frauenklin., Budapest.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **213,** H. 2/3, S. 395—399. 1913.

Verf. sucht die Frage zu beantworten, ob Sublimat zu Bakterieneiweiß eine größere Affinität als zu roten Blutkörperchen habe. Er kommt auf Grund von Reagensglasversuchen zum Schluß, daß dies tatsächlich der Fall sei. *Isaac* (Frankfurt).^M

Weidenfeld, Stephan, und Otto Specht: Beiträge zur Biologie der Röntgenhaut. Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 39, S. 2558—2560. 1913.

Ausgehend von der durch Werner nachgewiesenen Tatsache, daß mit Radium bestrahlte Haut gegen eine Infektion durch verschiedene Bakterien immun werde, haben die beiden Autoren versucht, Gewebe ohne Eiterung zur Einheilung zu bringen. Für die Versuche wurden Kaninchen benutzt. Es zeigte sich, daß die durch Röntgenbestrahlung veränderte Haut hervorragend zu Implantationsversuchen geeignet ist, daß hierbei die sonst auftretende Infektion mit Staphylokokken und Streptokokken ausbleibt und daß arteigene Haut in jeder Form und Lage anheilt. *Groedel* (Frankfurt).^M

Salle, V., und A. von Domarus: Beiträge zur biologischen Wirkung von Thorium X. (*Radiuminst., Charité, Berlin.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **78,** H. 3/4, S. 231—254. 1913.

Die Versuche befassen sich insbesondere mit der Einwirkung von Thorium X auf die Nebennieren und deren Funktion. Versuchstiere waren Kaninchen, Meerschweinchen und Hunde, die subcutan mit Thorium X behandelt wurden. Das Verhalten der Nebenniere wurde geprüft durch die Chromierbarkeit und genaue histologische Untersuchung, durch Prüfung des Gehalts des Blutserums an vasokonstriktorischen Substanzen nach Läwen-Trendelenburg, durch Reagensglasversuche mit Mischung von Adrenalin und Thorium X, durch wochenlange unblutige Blutdruckmessung. Die mit Thorium X vergifteten Tiere wiesen in den Nebennieren, ebenso wie in den anderen visceralen Organen, starke Hyperämie und Blutungen sowie Vakuolenbildung auf. Die Chromierbarkeit war in der Regel stark herabgesetzt oder geschwunden. Bei kleinen Dosen kann Verstärkung der Chromierbarkeit auftreten. Die Tiere starben unter Erscheinungen des Nebennierenausfalls (Asthenie, Untertempe-

ratur, Blutdrucksenkung). Auf der Höhe der Intoxikation tritt eine Abnahme der vasokonstriktorischen Substanzen im Blutserum ein. Eine direkte schädliche Beeinflussung von Adrenalin und Suprarenin im Reagensglas ist nicht deutlich zu erweisen. Die Gesamtheit der zahlreichen Versuche läßt schließen, daß der Sekretionsvorgang in den Nebennieren im Beginn der Thorium-X-Wirkung bei kleinen Dosen gesteigert und später infolge Erschöpfung vermindert ist. Der Thorium-X-Tod zeigt weitgehende Übereinstimmung mit der experimentellen Diphtherieintoxikation. Die Verff. betonen, daß sie in der Wirkung auf die Nebennieren nur eine Teilerscheinung der Thoriumintoxikation sehen. *Fleischmann* (Berlin).[M]

● **Biedl, Art.: Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie. Mit einem Vorwort von R. Paltauf. 2. neubearb. Aufl. Tl. 1.** Wien: Urban u. Schwarzenberg. 1913. X, 534 S., 8 Taf. M. 24,—.

Popielski, L.: Die Theorie der Hormone und innere Sekretion. (*Inst. f. exp. Pharmakol., Univ. Lemberg.*) Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 38, S. 1133—1144. 1913.

Der Autor bekämpft die Theorie der Hormone, indem er die Annahme eines Sekretins im Sinne von Bayliss und Starling für unberechtigt und die Anschauung für unbegründet hält, daß das Adrenalin ein Sekret der Nebenniere darstellt und Extrakte aus der Glandula thyreoidea ein spezifisches Sekret derselben enthalten. *J. Bauer* (Innsbruck).[M]

Buetow, Lucie: Zur Kenntnis der Hypophysenenzyme. (*Virchow-Krankenh., Berlin.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **54**, H. 1/2, S. 40—52. 1913.

Der Fermentgehalt der Hypophyse wurde an blutfreien und fettfreien Trockenpräparaten von Pferdeorganen untersucht. Es fanden sich von den allgemeinen Zellenzymen Katalase, Diastase, Pepsin und Trypsin. Außerdem waren Peroxydase, Tributyrinase und Urease vorhanden, denen man vielleicht die Rolle spezieller Organenzyme zuzuschreiben hat. Invertase, Lactase, glykolytisches Ferment und Desamidase waren nicht nachweisbar. *Kirchheim* (Marburg).[M]

Czubalski, Fr.: Asphyxie und Adrenalin. (*Inst. f. exp. Pharmakol., Univ. Lemberg.*) Zentralbl. f. Physiol. Bd. **27**, Nr. 11, S. 580—581. 1913.

Verf. untersuchte den Blutdruck bei nebennierenlosen Tieren während der Erstickung. Er fand, daß die sonst bei der Asphyxie auftretende Blutdruckerhöhung ausblieb und schließt daher, daß letztere von dem Adrenalin abhängig ist, welches während der Erstickung in das Blut übergeht. *Isaac* (Frankfurt).[M]

Poensgen, Fritz: Beitrag zur Frage der Wechselbeziehungen zwischen Thymus, Schilddrüse und lymphatischem System. (*Pathol. Inst., Freiburg i. Br.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 37, S. 1504—1506. 1913.

Dem pathologischen Anatomen fällt bei Untersuchungen der Thymusdrüse zunächst die bunte Mannigfaltigkeit der Ausbildung, sowohl der Gesamtmasse wie auch des Verhältnisses von Rinde und Mark, wie auch in der Persistenz der epithelialen Elemente auf. Mikroskopisch ließen sich Thymusreste bis ins höchste Alter auffinden. Die Behauptung Virchows und v. Hansemanns, Kropfbildung gehe in bei weitem den meisten Fällen mit vergrößerter Thymus einher, konnte an dem an Knotenstrumen so reichen Freiburger Material nicht bestätigt werden. Auch Beziehungen zwischen Hyperplasie bzw. Persistenz der Thymus und den lymphatischen Herdbildungen in der Schilddrüse ließen sich nicht feststellen, während die deutliche Beteiligung der Thymus bei 2 Fällen von lymphatischen Leukämien sowie die Häufigkeit des Status thymo-lymphaticus enge Beziehungen der Drüse zum lymphatischen Gewebe nahelegen. Für Rachitis und auch für Chondrodystrophie (2 Fälle) fanden sich keine charakteristischen Thymusveränderungen. *Tölken* (Zwickau).[CH]

Richards, John H.: Vaccine therapy for general practitioners. (Vaccinetherapie für den allgemeinen Praktiker.) (*Cornell univ., med. coll., New York.*) Journal of the Americ med. assoc. Bd. **61**, Nr. 11, S. 845—847. 1913.

Eine genaue Kenntnis der Vaccinewirkung ist für den Praktiker unerläßlich, ebenso wie

die Anwendung eines guten Vaccins. Im allgemeinen sind autogene Impfstoffe den käuflichen Standard-Vaccins überlegen. Man sollte, wenn irgend möglich, nur mit autogenen Vaccins arbeiten. Dazu ist es natürlich nötig, den pathogenen Erreger zu isolieren und zu einer Kultur zu verarbeiten. Ist man im Zweifel, ob der betreffende Mikroorganismus der pathogene ist, so kann man sich mit Hilfe der Komplementbindungsreaktion davon überzeugen; das Bacterium dient dabei als Antigen, das Serum des Patienten als Antikörper. Richards beschreibt die Wrightsche Technik der Vaccinebereitung und gibt dann kursorische Vorschriften bezüglich der Dosierung. Auf die Bestimmung des opsonischen Index kann man seiner Meinung nach verzichten; die klinische Beobachtung genügt als Wegweiser. Die erste Dosis ist mehr oder minder willkürlich, weil ihre Wirkung unberechenbar ist. Tritt eine Exacerbation der Symptome („negative Phase") von zu langer Dauer ein, so war die Dosis zu hoch. Im allgemeinen soll bei richtig gewählter Dosis die negative Phase fehlen oder nach 24 Stunden spätestens vorüber sein. Es muß ihr dann eine klinische Besserung folgen. Die zweite Dosis richtet sich nach der Wirkung der ersten. Sie darf nicht eher gegeben werden, als bis die negative Phase vollkommen abgeklungen ist (nach 2—4 Tagen). Bei akuten Krankheiten soll die Dosis im allgemeinen kleiner sein als bei chronischen, um längere Exacerbationen jedenfalls zu vermeiden. Es empfiehlt sich überhaupt, in dubio mit vorsichtigen Dosen zu beginnen und sehr allmählich zu steigern. Die Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen brauchen dann nicht so groß zu sein. Die Arbeit schließt mit einer kurzen Übersicht über die hauptsächlichsten Indikationen der Vaccinetherapie: Infektionen mit Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken, Koli, Gonokokken und Tuberkelbacillen. *Wolfsohn* (Charlottenburg).CH

Allgemeine Diagnostik:

Henius, Max: Ein neuer Gärungssaccharometer. (Diabetometer.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 29, S. 1603—1604. 1913.

Zwei genau gleich große, übereinander angeordnete Gärgefäße sind luftdicht mit den beiden Enden eines Quecksilbermanometers verbunden. In das obere Gärgefäß wird das benutzte Gärmaterial (Hefe) mit Wasser eingeführt, in das andere die gleiche Menge desselben Gärmaterials mit dem zuckerhaltigen Harn. Der Druck der aus dem Hefeglykogen frei werdenden CO_2 kompensiert seine Wirkungen durch Belastung der beiden entgegengesetzten Oberflächen der Quecksilbersäule. Es wird also nur der aus dem zuckerhaltigen Harn sich entwickelnde CO_2-Druck gemessen. An einer empirisch geeichten Skala kann die ihm entsprechende prozentuale Zuckermenge sofort abgelesen werden. Wegen des genau gleichen Volumens der Gärgefäße haben auch Temperaturdifferenzen keinen Einfluß auf den Stand der Quecksilbersäule. Die genauere Konstruktion des von Eppens angegebenen Apparates muß im Original eingesehen werden. Verf. empfiehlt statt der Hefen die Verwendung des exakt dosierbaren Cymasins, das in 6—7 Stunden völlige Vergärung herbeiführt. *Maase* (Berlin).M

● **Analyse des Harns. Zum Gebrauch f. Mediziner, Chemiker u. Pharmazeuten, zugleich 11. Aufl. v. Neubauer-Hupperts Lehrbuch. Bearb. v. A. Ellinger, H. Eppinger, F. Falk, F. N. Schulz, K. Spiro u. W. Wiechowski. Hälfte 2.** Wiesbaden: Kreidel. 1913. XXI, 974 S., 6 Taf. M. 27.—.

Allgemeine Therapie:

● **Lehrbuch der Röntgenkunde. Bd. 1. Unter Mitwirkg. v. A. Cieszynski, H. Dietlen, M. Faulhaber u. a., hrsg. v. Herm. Rieder u. Jos. Rosenthal.** Leipzig: Barth 1913. V, 606 S., 5 Taf. M. 25.—.

Roberts, E. I.: The therapeutic value of secondary rays produced from metal by the action of the Röntgen rays. (Therapeutische Verwertung der durch Röntgenstrahlen bewirkten Sekundärstrahlen von Metallen.) Australas. med. gaz. Bd. **34**, Nr. 11, S. 239—243. 1913.

Verf. empfiehlt, die Sekundärstrahlen von Metallen von mittlerem Atomgewicht (spez. von Kupfer und Silber), die durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen entstehen, für die Therapie nutzbar zu machen. Er verlangt, daß durch die Metalle nicht etwa gefilterte, sondern reine Sekundärstrahlen, die von weicherer Qualität sind, anzuwenden seien. Die Röhre muß dabei von mittlerer Härte und hinreichender Belastung sein, um die Sekundärstrahlung erzeugen zu können. An eingehend beschriebenen Experimenten sucht er den Effekt der reinen Sekundärstrahlung von Silber und Kupfer auf photographischen Platten nachzuweisen, ersteres erzeugt wegen seines niedrigeren Atomgewichts weichere Sekundärstrahlen als letzteres. Aluminium ist wegen seiner Durchlässigkeit nur als Filter verwendbar. Die sich über 3 Jahre erstreckenden klinischen

Versuche haben Verf. überzeugt, daß die Anwendung der Sekundärstrahlen ev. in Verbindung mit den Röntgenstrahlen selber den Heilungsprozentsatz therapeutischer Bestrahlungen noch erhöhen kann. Ein wichtiger Grund dafür liegt in der sich gleichbleibenden Weichheit der Sekundärstrahlen beim Bestrahlen von oberflächlich liegenden Hauterkrankungen, hierdurch auch Röhrenersparnis bedingt, da man sich nicht extra weiche Röhren anzuschaffen braucht und auch das nachteilige, zu häufige Regulieren derselben nicht nötig hat.

Technik: Bleiabdeckung mit hinreichend großer Aussparung für die erkrankte Stelle, kleiner Holzrahmen darüber von 1 Zoll Dicke und 3 Zoll im Geviert trägt das Metall von 3 Zoll × 3 Zoll im Geviert, Kupfer von 1/6 oder 1/4 Zoll Dicke, Silber etwas dünner. Die Metalle müssen möglichst rein sein. Der Röhrenabstand vom Metall beträgt 4—6 Zoll. Dauer der Sitzung ca. 10 Minuten pro die, so oft wiederholt, bis die Behandlung abgeschlossen ist. Beschreibung histologisch nachweisbarer regressiver Metamorphose nach oben erwähnter Bestrahlungsmethode bei Carcinom und Lupus sowie 20 günstig beeinflußter Fälle von oberflächlich gelegenen Epitheliomen, Hautcarcinomen (Ulcus rodens), Hauttuberkulose, Ekzema squamosum, Psoriasis, Lupus und Tinea circinata. *Lohfeldt* (Hamburg).

Laquerrière, A.: Indications et contre-indications de la radiothérapie contre le fibrome et les hémorragies de la ménopause. (Indikation und Kontraindikation der Radiotherapie bei Fibromen und Blutungen im Klimakterium.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 9, S. 530 bis 533. 1913.

Indikation: Anämie, Herzkrankheiten, Nervenkrankheiten (Besserung möglich, durch Operation dagegen nicht). Kontraindikation: Jede Erkrankung, die einen sofortigen chirurgischen Eingriff erheischt: a) Polypen (degenerierte und carcinomatöse), b) eitrige Salpingitis. Im übrigen ist die Form und Lage (Druck auf die Eingeweide) der Fibrome maßgebend. Fibrome, die trotz der Bestrahlung wachsen, müssen sofort operiert werden. Ziel der Bestrahlung: Aufhören des Wachsens der Fibrome. (Anmerkung: Über Alter der Patientinnen siehe nachstehendes Referat.)
Immelmann (Berlin).

Laquerrière, A.: La radiothérapie du fibrome utérin. (Die Radiotherapie des Uterusfibroms.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 40, S. 779—780. 1913.

Die Strahlen wirken auf die Zellen um so intensiver ein, je mehr sie reproduktiv tätig sind und nicht frühzeitig der Kernteilung anheim fallen. Bei jungen Fibromkranken von der Strahlentherapie abraten. Bei Frauen um 40 herum ist die Besserung resp. die Amennorrhöe nur vorübergehend; nach einigen Monaten treten die Menses und Blutungen wieder auf. Bei Frauen, die dem Klimakterium näher sind (45 J.) erzielt man in 3—4 Monaten wahre Menopause. Die Fibrome, welche noch nicht lange bestanden haben, also noch sehr blutreich sind, reagieren besonders gut durch Einwirkung auf die Gefäße, noch ehe Veränderungen der Ovarien eingetreten sind. Rp. 4 Sitzungen hintereinander (intermensal); im ganzen 4—5 Serien. Ausfallerscheinungen sind gering (mattes Gefühl, Kopfschmerzen). Nach 45 J. die besten Erfolge; die Myome wachsen nicht weiter, Verkleinerung, ja Verschwinden häufig; keine Gefahr quoad vitam. *Immelmann.*

Müller, Christoph: Tiefenbestrahlung unter gleichzeitiger Sensibilisierung mit Diathermie in einer neuen Anwendungsform. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21,** H. 1, S. 49—60. 1913.

Diese Therapieform ist bei beginnenden Krankheitsfällen in Anwendung zu bringen (gutes Allgemeinbefinden, Fehlen von Metastasen). Erforderlich: 1. einwandfreies Instrumentarium, 2. gute Technik, 3. Individualisieren. Zweck: refraktäre Tumoren in ihrer Empfindlichkeit gegen die Strahlung zu steigern und so der Heilwirkung zuzuführen. Mittel: a) chemische (Fluorescin, Eosinselen, Cholin u. a. m., b) Verwendung der charakteristischen Sekundärstrahlen, c) Änderung des Blutfüllungsgrades des bestrahlten Gewebes — Hyperämie durch Benutzung der Diathermie; durch die letztere wird dem kranken Körper außerdem eine große Menge Kalorien zugeführt, die ein gewaltiges Hilfsmittel für die Erreichung einer größeren Widerstandskraft seitens des Patienten darstellen. Neben dieser Sensibilisierung der Tumoren für die

Strahlung erreichen wir mit der Hyperämisierung eine günstige Beeinflussung der Resorption der zerfallenen Tumormasse (Erhöhung des Blutdruckes im arteriellen Gefäßsystem und Herabsetzung desselben im venösen). *Immelmann* (Berlin).

Schindler, Otto: Erfahrungen über Radium- und Mesothoriumtherapie maligner Tumoren. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 36, S. 1413-1420 u. Nr. 37, S. 1463-1469. 1913.

Verf. hat eine Reihe von malignen Tumoren verschiedener Art mit Massendosen (berechnet nach der Zahl der Milligrammstunden) von Radium und Mesothorium bestrahlt und berichtet eingehend über seine günstigen Erfolge. Es zeigt sich die Überlegenheit der Massendosierung in evidentem Grade gegenüber der Anwendung kleiner Dosen. Radium und Mesothorium verhalten sich dabei vollkommen gleich. Die Gammastrahlung der radioaktiven Substanzen besitzt vor den Röntgenstrahlen den Vorzug größerer Tiefenwirkung und der besseren Handlichkeit. Es ist nicht nötig, wie Verf. an der Hand eines Falles zeigen zu können glaubt, gleich mit mehreren 100 mg radioaktiver Substanz zu arbeiten. Man kann auch durch wochenlange kontinuierliche Bestrahlung mit kleinen Dosen dasselbe erreichen. Es zeigt sich auch die günstige Wirkung der postoperativen Bestrahlung. Auch empfiehlt Verf. die prophylaktische Bestrahlung schon geheilter Fälle zur Verhütung von Rezidiven und wie Wickham und Degrais die Bestrahlung in Verbindung mit chirurgischen Eingriffen zur Verbesserung der Resultate. (Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1**, S. 90 u. 299.) Die Behandlung operabler Fälle will Verf. nur auf oberflächliche Tumoren beschränkt wissen, alle anderen Tumoren sollen möglichst erst operiert, dann bestrahlt werden. Inoperable Tumoren sollen möglichst durch die Bestrahlung wieder operabel gemacht werden. Bei allen Fällen mit Metastasenbildung kann die Bestrahlung symptomatisch von Vorteil sein. *C. Lewin* (Berlin).[M]

Abbe, Robert: The use of radium in malignant disease. (Der Gebrauch von Radium bei bösartigen Erkrankungen.) Lancet Bd. **185**, Nr. 4695, S. 524—527. 1913.

Verf. ist in der glücklichen Lage gewesen, von vornherein mit großen Mengen sehr konzentrierter Radiumsalze zu arbeiten, er verfügt über glänzende Erfolge, allerdings auch sehr viele Fehlschläge, die er allein auf mangelhafte Technik zurückführt. — Verblüffend sind die Erfolge bei Papillom des Kehlkopfes, vielfach operierte, immer wieder rezidivierende Fälle wurden durch eine Bestrahlung von 30 Minuten endgültig geheilt!! — Bei der Behandlung des Krebses ist es immer vorteilhaft, die große Menge der Geschwulst auszukratzen usw. — (Bericht über eine Reihe von Fällen mit erstaunlichen Heilerfolgen.) Bei der Technik muß man sich daran erinnern, daß die α-Strahlen nekrotisieren, die β-Strahlen unter Umständen das Wachstum befördern, und nur die γ-Strahlen den gewünschten Erfolg erzielen, d. h. das langsame Absterben der pathologischen Zellen und den Ersatz durch Bindegewebe. Dazu ist entweder die Anwendung von Bleifiltern nötig oder eine Bestrahlung aus einer gewissen Entfernung, die nur die γ-Strahlen zu überwinden vermögen. *Denks* (Hamburg).[CH]

Bassenge, R.: Ein Filterapparat für Radiumbestrahlungen. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, Nr. 38, S. 1494—1495. 1913.

Der Apparat besteht aus einem mit einem Ausschnitt im Deckel versehenen Kästchen, auf dessen Boden durch zwei Federn angepreßt die Filterplatten von verschiedener Stärke je nach Bedarf liegen. In den Ausschnitt des Deckels kommt in einer Hartgummifassung der Radiumkörper. Das kleine Kästchen wird mit Heftpflaster auf dem Körper des Pat. befestigt. *Denks* (Hamburg).[CH]

Walter, B.: Über die Röntgenschutzwirkung des Bleies und einiger anderer Stoffe. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. **9**, S. 90—96. 1913.

Als Schutzmittel gegen die Röntgenstrahlen wurde bisher in erster Linie das Blei benutzt, das in den Schutzstoffen in Form seines Oxyds enthalten ist. Will man die Schutzwirkung irgendeiner Stoffschicht zahlenmäßig angeben, so empfiehlt es sich hierbei, das Blei als Vergleichsstoff zu nehmen. Zu diesem Zweck ist nur diejenige Bleidicke zu ermitteln, welche die gleiche Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen hat wie die zu untersuchende Schicht. Verf. hat verschiedene Versuche zur Bestimmung der absoluten Größe der Absorption der Röntgen-

strahlen in verschieden dicken Bleischichten angestellt. Daraus ergab sich, daß eine Bleischicht von 0,1 mm Dicke noch 6,3‰ der zur Untersuchung benützten Röntgenstrahlung durchläßt, eine solche von 0,5 mm Dicke aber schon weniger als 1 pro Mille und eine solche von 1,0 mm Dicke nur noch 0,16 pro Mille. Die Schutzwirkung des Bleies ist also durchaus nicht proportional der Schichtdicke. Parallele Versuche mit Silber und Zinn ergaben, daß die relative Schutzwirkung bei diesen Stoffen um so größer ist, je größer die Schichtdicke genommen wird. Doch ist die Schutzwirkung des Silbers bei gleich dicken Schichten eine stärkere als die des Bleies und die Schutzwirkung des Bleies wieder eine stärkere als die des Zinnes. Weitere Versuche über die relative Schutzwirkung verschiedener Glassorten ergaben eine verhältnismäßig geringe Schutzwirkung des gewöhnlichen Glases. Je höher aber der Gehalt an Blei war, um so besser war die Schutzwirkung. *Hirsch* (München).

Krause, Paul: Neuer Schutzstoff gegen Röntgenstrahlen. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. **9**, S. 30. 1913.

Die meisten der im Handel befindlichen Schutzstoffe gegen die Röntgenstrahlen sind bleihaltig. Die Gefahr, daß Blei infolge der dauernden Berührung mit bleihaltigem Gummi in den Körper gelangt, ist ohne weiteres gegeben. Deshalb besteht ein Bedürfnis nach Schutzstoffen, die mit ungiftigen Metallen imprägniert sind. Als solche kommen vor allem Eisenpräparate, Bariumsulfat und Circonoxyd in Betracht. Auf Veranlassung Krauses hat die Firma Eschbaum-Bonn einen Gummistoff mit Zusatz von Eisenpräparaten hergestellt, der sich in seiner stärksten Nummer auch zum Schutzstoff für Röntgenkästen, Schutzwänden usw. eignet. Ein etwas dünnerer dürfte einen genügenden Schutz abgeben, um Verwendung als Schutzschürze zu finden. *Hirsch* (München).

Krukenberg, H.: Ein neuer Vorschlag zur Radiotherapie. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 38, S. 2112. 1913.

Da man mit Leuchtschirmen die Expositionszeit von Röntgenaufnahmen bedeutend abkürzen kann, so versuchte Krukenberg durch Injektion einer Aufschwemmung des leuchtenden Salzes in das Tumorgewebe die Wirkung der nachfolgenden Röntgentiefenbestrahlung zu verstärken. Nachdem dies beim bauchfelltuberkulösen Meerschweinchen gelungen war, injizierte er in ein Mammacarcinom 0,4 Aufschwemmung von 1 g wolframsauren Calciums in physiologischer Kochsalzlösung, bestrahlte und fand nach 4 Tagen im Amputationspräparat um das Depot herum Nekrose und mehr oder weniger vorgeschrittene Zelldegeneration. Das Salz ist in Wasser, Alkohol und physiologischer Kochsalzlösung unlöslich, also pharmakologisch indifferent. Bezugsquelle: Merck. *Grashey* (München).CH

Nobl, G.: Fore-runners of X-ray cancer. (Vorläufer des Röntgenstrahlenkrebses.) (*Gen. polyclin., Vienna.*) Urol. a. cut. rev. Bd. **1**, Nr. 3, S. 235—252. 1913.

Verf. teilt eine Reihe Beobachtungen mit, die alle aus der Zeit stammen, da man die gefährliche Wirkung der Röntgenstrahlen noch nicht kannte, und leichtsinnig hohe Dosen, meist zu therapeutischen Zwecken, auf die Haut applizierte. Zwischen der gewollten Erythemreaktion nach der Bestrahlung und der Röntgenverbrennung liegt so eine ganze Anzahl von Störungen und Veränderungen der Haut, die als Vorläufer des Carcinoms zu bezeichnen sind. Zu diesen gehören die Röntgendermatitis, die atrophischen Hautstörungen, die ulcerativen Prozesse mit Excoriationen und Incrustationen, ähnelnd einem Ekzema madidans, und andere. Verf. führt 7 solcher Opfer früherer Röntgenstrahlenüberdosierung in ausführlichen Krankengeschichten an, schildert die Entwicklung der Hautveränderungen, und deren schließlich erst Jahre später erfolgenden Übergang in Carcinom. Es hatte sich um Bestrahlungen bei chronischer Dermatitis, Lichen, gegen Haarbildung im Gesicht gehandelt, und auch um einen Arzt, der sich mit den Strahlen beschäftigt hatte. Die Carcinomentwicklung trat zum Teil erst 5—7 Jahre nach der Behandlung auf. Die Hautveränderungen werden in 7 Abbildungen wiedergegeben, und die mikroskopischen Befunde an den gewonnenen Präparaten sehr eingehend beschrieben. *Hoffmann* (Dresden).CH

Nägeli, O. E., und Max Jessner: Über die Verwendung von Mesothorium und von Thorium-X in der Dermatologie. (*Dermatol. Univ.-Klin., Bern.*) Therapeut. Monatsh. Jg. **27**, H. 11, S. 765—772. 1913.

Levy-Dorn, Max: Erzeugung von Radioaktivität aus nicht radioaktiven Elementen. Mitteilg. 2. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 45, S. 2095. 1913.

Lorey: Ein transportabler Röntgenapparat. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. **9**, S. 97. 1913.

Dessauer, Fr.: Eine neue Wechselstrom-Röntgenmaschine. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. **9**, S. 98. 1913.

Bangert: Über Röntgenröhren mit Wolfram-Antikathode. Neue Methoden zur Messung der Intensitätsdosis und Härte von Röntgenstrahlen. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. **9**, S. 87—90. 1913.

Eyler: Zur Wirkung des Tryens. Therap. Monatsh. Jg. **27,** H. 9, S. 648—652. 1913.

Tryen, eine Chinolinsulfosäure, angewandt als Antisepticum bei Bubogeschwüren, Furunkeln, Fußgeschwüren usw., hilft in kleinen Dosen nicht, in großen Dosen macht es aber nicht unbedenkliche Magen-, Darm- und Nierenreizung. Vor Festsetzung einer Maximaldosis sollte — auch äußerlich — das Tryen nicht angewandt werden. *Dunzelt.*[M]

Berger, Hermann: Das Magnesiumsulfat in der Therapie des Tetanus. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. **44,** S. 2047—2050. 1913.

Sammelreferat.

Torkel: Demonstration eines intrauterin zerbrochenen sogenannten Sicherheitspessars aus Beinmasse, das zur Konzeptionsverhütung eingeführt war. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitzg. v. 24. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 3, S. 363. 1913.

Der abgebrochene Teil eines Intrauterinpessars hatte durch Hysterotomia anterior entfernt werden müssen. *Zinsser* (Berlin).

Allgemeine Chirurgie:

Lucas-Championnière, Just: De l'emploi de la méthode antiséptique en chirurgie. (Über die Antisepsis in der Chirurgie.) (*Infirm. roy., Glasgow.*) Bull. méd. Jg. **27,** Nr. 84, S. 919—921. 1913.

Empfehlung der üblichen antiseptischen Methoden für die Chirurgie. *Hannes* (Breslau).

Candea, Aurel: Ein Beitrag zur Jodtinkturdesinfektion. (*Staatskrankenh., Pozsony.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 37, S. 2266—2267. 1913.

19 jähriger Patient mit Stichverletzung in der rechten Unterleibsgegend, aus der ein Netz- und Dünndarmprolaps (ca. 70 cm) hervorsieht. Der Prolaps war enorm gebläht und kalt und mit Erbrochenem verunreinigt. Nach oberflächlicher Reinigung Bestreichen des Prolapses und der Bauchhaut mit offizineller Jodtinktur und Reposition des Prolapses. Das perforierte und mit Kot beschmutzte Coecum erhielt gleichfalls einen Jodanstrich. Appendektomie wegen Kotsteinen. Einlegung eines Tampons. Heilung per primam bis auf die Tamponadestelle. Keinerlei Adhäsionserscheinungen wurden beobachtet. *Kleinschmidt* (Leipzig).[CH]

Braun, H.: Über die Potenzierung der örtlichen Novocainwirkung durch Kaliumsulfat. Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 39, S. 1513—1516. 1913.

Herb, Isabella C.: Administration of alkaloids before anesthesia. (Die Anwendung von Alkaloiden vor der Anästhesierung.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 11, S. 834—837. 1913.

Verf. ist ein Feind der durchgängigen Anwendung von Morphium, Scopolamin und Atropin vor der Narkose. Die vermeintlichen Vorteile, die eine solche bringen soll, halten einer Kritik nicht stand. Zunächst spielt der angeblich geringere, absolute Verbrauch von Äther und Chloroform keine so große Rolle; viel wichtiger ist die Konzentration der Dämpfe. Auch droht nach der Narkose keine Gefahr mehr, während Patienten, die Alkaloide vorher bekommen haben, noch stundenlang nach Beendigung derselben in Gefahr schweben. Daß das Erbrechen seltener sei, kann Verf. nicht zugeben; die allgemein beruhigende Wirkung soll lieber durch eine psychische Beeinflussung erzielt werden. Was die Herabsetzung des Exzitationsstadiums betrifft, so tritt bei einer richtig eingeleiteten Narkose ein solches auch ohne Morphium nur leicht auf oder fehlt vollständig. Bei Alkoholisten wird es in wenigen Minuten überwunden, besonders wenn sie gut festgelegt sind. Gegenüber den angeblichen Vorteilen fallen nun die Nachteile schwer ins Gewicht; als solche betrachtet Verf. die Gefahr für das Atemzentrum, die Störung der Pupillentätigkeit, den unberechenbaren Effekt des Alkaloids, die Notwendigkeit, stets einen sehr erfahrenen Narkotiseur zu haben, da die Toleranzgröße bei vorheriger Alkaloidgabe abnimmt, und so leichter schwere Störungen auftreten, zu deren rechtzeitiger Erkennung und sachgemäßer Bekämpfung viel Erfahrung gehört. Weiter ist die Gefahr einer postoperativen Pneumonie bei den Mund- und Rachenoperationen größer, da hier sehr viel auf ein rasches Wiedererwachen ankommt, damit die Patienten expektorieren können. Er betrachtet demnach Morphium und Scopolamin kontraindiziert bei allen Patienten, bei denen Störungen der Atmung

vorhanden sind oder während der Operation auftreten, bei allen Mund- und Rachenoperationen sowie beim Basedow. Weiter bei allen debilen und kachektischen Patienten und solchen, die sich in einem stuporösen Zustand befinden. Dann bei Kindern und alten Leuten und endlich wenn man nur einen unerfahrenen und ungeübten Narkotiseur zur Verfügung hat. Das Hauptfeld der Anwendung ist dagegen die Kombination mit der Lokalanästhesie. *Kulenkampff* (Zwickau).CH

Horsley, J. Shelton: Some modern factors of safety in surgery. (Einige moderne Sicherheitsfaktoren in der Chirurgie.) Southern med. journal Bd. **6**, Nr. 3, S. 181—184. 1913.

Äther ist wegen Herabsetzung des Hämoglobingehaltes um ca. 10% besonders gefährlich bei Hämorrhagien und Infektionen. Nitroxyd und Oxygen schaden nur bei kurzen Eingriffen nicht. Die Anoci-Assoziation sucht durch Verminderung der Erregbarkeit vor der Operation (Skopolamin, Morphium, psychische Beeinflussung, Ruhe) sowie Vermeidung aller unnötigen Reize während der Operation dem Zentralnervensystem alle Schädigungen fernzuhalten. — Der Infektion ist durch Schonung der natürlichen Schutzelemente des Körpers und Beachtung des Bakteriengehaltes der Luft zu begegnen. — Transfusion von Blut ist mit Nahtverbindung zu empfehlen. — Bei malignen Tumoren ist möglichst bald zu operieren. Der Operateur muß pathologische Kenntnisse besitzen! *Mohr* (Berlin).

Finsterer, Hans: Über die Bedeutung der Anästhesie für den Verlauf der Laparotomien. (*II. chirurg. Klin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 39, S. 1560—1564. 1913.

Verf. bespricht die Vorteile der Lokalanästhesie für den weiteren Verlauf der Laparotomien. Mit Recht hebt er einige sehr wichtige Punkte hervor, die für ausgedehntere Anwendung der Lokalanästhesie auch bei Laparotomien sprechen. So fällt vor allem bei der Lokalanästhesie der sogenannte Operationshock weg, der bei protrahierter Narkose im Verlauf der Laparotomien häufig zum Tode führt. Bekannt sind die guten Erfolge bei Magenresektionen, die in lokaler Anästhesie ausgeführt werden. Die Senkung des Blutdruckes bei Peritonitis, Darmverschluß usw. wird durch Anwendung von Chloroform oder größeren Mengen Äthers noch erheblich vermehrt, so daß eine große Gefahr für den Patienten erwächst. Auch hiergegen bietet die Lokalanästhesie einen Schutz und die Chancen des guten operativen Erfolges werden durch Anwendung derselben bedeutend verbessert. Verf. durchschneidet in diesen Fällen die Bauchdecken in lokaler Anästhesie und gibt dann, falls es notwendig wird, kleinere Mengen Äthers. Letzterer wirkt dann als Exzitans. Der postoperative Verlauf wird durch Anwendung der Lokalanästhesie sehr vereinfacht. Die sehr gefürchteten Komplikationen, wie Magendarmlähmungen und Pneumonien, fallen meist ganz weg oder sind nur in abgeschwächtem Grade zu beobachten. Verf. ist der Überzeugung, daß auch die Zahl der postoperativen Peritonitiden bei der Lokalanästhesie verringert werde, da durch die Ausschaltung der Allgemeinnarkose die natürlichen Schutzkräfte des Peritoneums nicht vernichtet würden. Daß besonders bei Herz- und Lungenerkrankungen die Anwendung der Lokalanästhesie eine wesentlich bessere Prognose bietet, ist bekannte Tatsache. *Hirschel* (Heidelberg)CH.

Boothby, Walter M.: Ether percentages. (Über die Konzentration der Ätherdämpfe.) (*Peter Bent Brigham hosp., Boston.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 11, S. 830—834. 1913.

Verf. hat einen Narkoseapparat konstruiert, der es gestattet, jeden Augenblick den Prozentgehalt der Luft an Ätherdampf abzulesen. Auch hat er versucht, den Einfluß der Erwärmung der Ätherdämpfe, die Temperatur und den Prozentgehalt der inspirierten Gase in der Maske und einem künstlichen Atemsystem festzustellen. Er kommt zu dem Schluß, daß es wichtiger ist, den Pat. warm und trocken zu halten, als die Narkosedämpfe zu erwärmen. Die eigenartige Tatsache, daß z. B. Alkoholisten anscheinend sehr viel Narkoticum brauchen, während nach physiologischen Gesetzen bei gleichem Prozentgehalt der Atemluft eine gleiche Tiefe der Narkose erzielt wird, erklärt sich aus der abnormen Atemtiefe solcher Pat., die anstatt 10 Liter, 20 Liter Luft pro Minute atmen. Die Schwierigkeit für den Narkotiseur

besteht deshalb darin, eine solch große Luftmenge auf den zur Narkose nötigen Ätherdampfprozentgehalt zu bringen. *Kulenkampff* (Zwickau).CH

Sloan, Harry G.: Nitrous oxid and oxygen anesthesia. (Stickoxydul-Sauerstoffnarkose.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 11, S. 838—839. 1913.

Die Stickoxydul-Sauerstoffnarkose wird von Sloan für die ungefährlichste Narkose gehalten und der Äthernarkose vorgezogen. Vor allem wird hervorgehoben, daß dem Stickoxydul die lipoidlösenden Eigenschaften des Äthers abgehen und daher die damit verbundenen Organschädigungen ausbleiben. Unter anderem sollen auch die Phagocyten bei Äther leiden, bei Stickoxydul aber nicht. Für Diabetiker betrachtet S. das Stickoxydul als das Anästheticum der Wahl. Er verhehlt sich nicht die Schwierigkeiten der Stickoxydulnarkose, sieht sie aber als rein technische und daher leicht überwindbare an, während beim Äther seiner Ansicht nach Gefahren und Schwierigkeiten vorliegen, welche chemischer Natur und unkontrollierbar sind. Die Stickoxydulnarkose bleibt oberflächlicher als die Äthernarkose. Störende Muskelspannung wird hauptsächlich bei ängstlichen Patienten beobachtet. Daher erachtet S. nach den Grundsätzen von Crile die psychische Beruhigung durch vorherige Scopolamin-Morphiumeinspritzung für sehr wichtig, er fügt ferner noch eine Umspritzung des Operationsfeldes mit Novocain hinzu. Der Operationsshock ist bei Stickoxydul verhältnismäßig gering. *M. v. Brunn* (Bochum).CH

Donaldson, H. J.: A years experience with spinal anesthesia. (Einjährige Erfahrung mit der Rückenmarksanästhesie.) Americ. journal of surg. Bd. **27,** Nr. 9, S. 325—327. 1913.

In der Zeit von November 1911 bis November 1912 hat Donaldson an 234 Patienten Operationen in Rückenmarksanästhesie ausgeführt. Nur 15 mal war es erforderlich, Äther zuzugeben. Nur 8 von diesen Fällen sind als Versager in dem Sinne einer unvollkommenen Wirkung des zur Anästhesierung verwendeten Stovains zu deuten. In den 7 übrigen Fällen mußte Äther nur deshalb gegeben werden, weil außer der für die Rückenmarksanästhesie geeigneten Operation noch eine andere in nicht anästhesiertem Gebiete hinzugefügt werden mußte. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation ereignete sich nur ein Todesfall bei einer Sectio caesarea, doch konnte hier dem Stovain keine Schuld an dem Ausgang zugeschrieben werden. Dasselbe gilt von zwei weiteren Todesfällen der Serie, einer Splenektomie und einer Septicämie. D. spricht sich sehr befriedigt über das Verfahren aus, dem er besonders nachrühmt, daß es ungefährlicher als Äthernarkose sei, daß es eine bessere Erschlaffung der Bauchdecken als Äther erzeuge, und daß der Blutdruck herabgesetzt werde. Besonders wegen der beiden letzten Eigenschaften ließen sich die Operationen unter Rückenmarksanästhesie rascher ausführen als in Äthernarkose. *v. Brunn* (Bochum).CH

Peck, Charles H.: Intratracheal insufflation anesthesia (Meltzer-Auer). Report of a series of four hundred and twelve cases. (Intratracheale Insufflationsanästhesie [Meltzer-Auer]. Bericht über 412 Fälle.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 11, S. 839—841. 1913.

Innerhalb zweier Jahre wurde im Roosevelt-Hospital in 412 Fällen mittels intratrachealer Insufflation ätherisiert, das heißt, bei nicht ganz 20% aller Operierten. Peck gibt zu, daß die Schwierigkeit der Einführung des Tubus in die Luftröhre das hauptsächlichste Hindernis für eine weitere Ausbreitung des Verfahrens bildet, doch bezeichnet er diese Schwierigkeit als stark übertrieben. Er selbst bediente sich fast ausschließlich des Jacksonschen Laryngoskops mit aufrechtem Bilde zur Einführung des Tubus. Die Anästhesie selbst gelang leicht. Bei schwierigen Patienten, zum Beispiel Alkoholikern, leistet eine Atropin-Morphiumeinspritzung gute Dienste.

Für das Gelingen sind folgende technische Einzelheiten wichtig: Bei der Intubation darf es zu keiner Verletzung von Kehlkopf oder Luftröhre kommen. Das in die Luftröhre eingeführte Rohr darf nicht zu weit sein. Es darf nicht weiter als 26 cm von der Zahnreihe eingeführt werden und soll wenigstens 1—2 cm oberhalb der Bifurkation zu liegen kommen. Keinesfalls darf es in einen Bronchus eindringen. Der Überdruck darf 35—40 mm Quecksilber

nicht übersteigen und soll durchschnittlich 18—25 mm betragen. Wenn bei der Benutzung des Apparates die Kontrolle des Druckes versagt, soll die Insufflation unterbrochen werden. Gelangt versehentlich das Rohr in den Oesophagus, und kommt es dadurch zu einer Luftaufblähung des Magens, so soll durch Druck auf das Epigastrium bei liegendem, aber natürlich vom Apparat gelöstem Rohr die Luft aus dem Magen ausgepreßt werden, bevor man das Rohr wieder in die Luftröhre einführt. Der Ätherdampf soll mäßig konzentriert sein. Das Eindringen von flüssigem Äther muß unbedingt vermieden werden. Mittels eines von Karl Connell am Roosevelt-Hospital konstruierten Apparates läßt sich die Ätherkonzentration kontrollieren, doch wird dieser Apparat nicht genauer beschrieben.

Die Gefahr des Shocks ist nach P.s Ansicht bei der Ätherisierung mittels Insufflation geringer als bei anderen Arten der Äthernarkose, besonders deshalb, weil die Atmung vollkommen mühelos erfolgt. Er hält deswegen die Insufflation gerade bei schweren Fällen für angezeigt. In der Serie kamen 6 postoperative Lungenkomplikationen vor, doch konnten nur 3 davon möglicherweise dem Äther zur Last gelegt werden, und auch in diesen Fällen glaubt P., daß nicht die Insufflation die Schuld trägt. Mit anderen Autoren erblickt er vielmehr in der Insufflation ein Vorbeugungsmittel gegen Lungenkomplikationen, weil die Aspiration von Schleim, Speichel, Erbrochenem oder Blut verhindert wird. Das Verfahren ist dadurch geeignet, in manchen Fällen die Tracheotomie zu ersparen. Immerhin soll es nicht als Normalverfahren angesehen, sondern auf solche Fälle beschränkt werden, in denen es bestimmte Vorteile bietet.

v. Brunn (Bochum).CH

Lautenschläger, A.: Die Einführung des Trachealrohres bei der Meltzerschen Insufflationsnarkose. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 45, S. 2093. 1913.

Wilde, A. G.: Post anesthetic nausea. (Postnarkotisches Erbrechen.) Military surg. Bd. **33,** Nr. 2, S. 126—129. 1913.

Verf. bespricht die Maßnahmen, um ein postnarkotisches Erbrechen zu verhindern. Zunächst gibt er eine vorherige Morphium-Atropininjektion. Er hält eine Tropfnarkose, die ganz langsam vertieft wird und mit einem Minimum von Narkoticum auszukommen versucht, für wünschenswert. Am Schluß der Operation, vor dem völligen Wiedererwachen des Patienten, wird der Magen mit 2 l einer warmen Natrium-bicarbonicum-Lösung ausgespült. Die Spülflüssigkeit läßt hinterher Äthergeruch erkennen. Dann werden noch 50—100 ccm Olivenöl eingegossen. Die Mehrzahl der Fälle hat so keine Übelkeit nach der Narkose; einige erbrechen das Öl, ohne daß dies besonders unangenehm von den Patienten empfunden würde.

Kulenkampff (Zwickau).CH

● **Brackel, A. v.: Die akute gelbe Leberatrophie im Anschluß an die überstandene Chloroformnarkose. Ein kasuist. Beitrag u. klin. Studie zur Frage der deletären Spätwirkg. des Chloroformes.** Leipzig: J. A. Barth. 1913. 26 S. M. 0.75.

● **Molinari: Beitrag zur Ätiologie der Narkosenlähmungen.** Berlin: Mittler & Sohn. 1913. 24 S., 6 Taf. M. 1.—.

Crile, George W.: A successful method of performing shockless operations based on a clinical experience of 3000 cases. (Eine erfolgreiche Methode, ohne Shock zu operieren, gegründet auf eine klinische Erfahrung an 3000 Fällen.) South. med. journal Bd. **6,** Nr. 9, S. 575—579. 1913.

Kempf (Braunschweig).CH

Ahlström, Erik: Über die Anwendung der Momburgschen Methode. Nord. med. Arkiv, 1: Kirurgi Bd. **46,** Nr. 3, S. 1—92. 1913.

Ausführliches Referat über 127 chirurgische und 246 geburtshilfliche Fälle aus der Literatur und Mitteilung von 2 selbst beobachteten geburtshilflichen Fällen. Als Anhang: Tierexperimente an Kaninchen und Hunden mit Registrierung des Blutdrucks bei den Umschnürungsversuchen.

Zusammenfassend ergibt sich, daß die Momburgsche Methode der Aortenkompression durch Schlauchumschnürung bei richtiger Ausführung sehr gut wirksam ist. Als Kontrolle dient das Verschwinden des Femoralispulses. Durch die Umschnürung wird nicht nur eine direkte Blutstillung bewirkt, sondern es werden auch Uteruskontraktionen ausgelöst, wodurch atonische Nachblutungen gestillt werden und die Ablösung der Placenta gefördert wird. Hierdurch kann manuelle Placentarlösung oft vermieden werden. Nachteile sind die bei der Umschnürung auftretenden Blutdruck-

schwankungen (cave! Herzfehler, Arteriosklerose, Nephritis usw.), Gefahr der Darmbeschädigung (nur bei chirurgischen Fällen) und zuweilen Schmerzen, die durch Morphium bekämpft werden können. Besondere Vorsicht ist bei der Lösung des Schlauches anzuwenden wegen der plötzlichen, bedeutenden Blutdrucksenkung; sie soll stets in Beckenhochlagerung mit erhöhten Beinen geschehen, die durch Schläuche oder elastische Binden abgeschnürt oder umwickelt sind; die Lösung letzterer darf erst sehr viel später als die Lösung des Taillenschlauches erfolgen. *Hoffmann.*

Hirano, T.: Über die praktischen Erfahrungen von Anwendung des Pferdeserums zur Resistenzvermehrung des Peritoneums gegen Infektion. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **124**, H. 5/6, S. 525—545. 1913.

Die Arbeit ist ein weiterer Beitrag zu den Versuchen, die Widerstandsfähigkeit des Bauchfells prophylaktisch durch Auslösung einer leukocytären Reaktion zu erhöhen. Es wurde bei 34 Kranken normales, nicht spezifisches Pferdeserum intramuskulär eingespritzt. Erwachsene erhielten 40,0 pro Dosis, Kinder die Hälfte. Es handelte sich ausschließlich um Abdominalerkrankungen, von denen 10 nicht operiert wurden; an diesen war die Serumwirkung nicht sicher. Bei bestehenden schweren Infektionen hatte sie keinen Erfolg; dagegen soll sie bei postoperativen Bauchfellreizungen günstig gewirkt haben. Verf. hält sich für berechtigt, zu behaupten, daß die Injektion von Pferdeserum die Resistenzfähigkeit des Bauchfelles erhöht und empfiehlt sie als Adjuvans bei eingetretener, als Prophylakticum bei zu erwartender Infektion.

Kreuter (Erlangen).CH

Guillot et Dehelly: A propos de dix-neuf cas de transfusion directe du sang. (Über 19 Fälle von direkter Bluttransfusion.) Bull. et mém. de la soc. chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 27, S. 1155—1168. 1913.

Die Transfusionen wurden mit der Elsbergschen Kanüle intraarteriell ausgeführt. Die Resultate sind nicht erfreulich, das klassische Bild der Transfusion: plötzliche Erholung des Pat. im Verlauf der Operation, dieses Bild bot sich nur 1 mal. 3 mal wurden Schüttelfröste und Hämaturie beobachtet (Hämolyseversuch war nicht gemacht worden), Bei akutem Blutverlust soll nach Stillung der Blutung stets zunächst erst intravenöse Kochsalzinfusion gemacht werden. Erst wenn sich der Pat. nicht erholt, schließt man die Transfusion an. Bei Anämien auf Grund häufiger Blutverluste waren die Erfolge nicht beweisend, bei Anämien auf infektiöser Basis war die Infusion erfolglos. Bei Carcinomkachexie trat ebenfalls keine Besserung ein. Weiterhin zeigte sich, daß das Blut eines Typhusimmunen, einem Typhuskranken (wegen Darmblutungen) infundiert, keinen kurativen Wert besitzt. *Ströbel* (Erlangen).CH

Stich, R.: Über den heutigen Stand der Organtransplantationen. (*Chirurg. Klin., Göttingen.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 39, S. 1865—1868. 1913.

Vorbedingung für Organtransplantationen mit Gefäßnaht ist peinlichste Asepsis. Am zweckmäßigsten ist die Carrelsche Nahtmethode. Autoplastisch übertragene Arterien und Venen zeigen mikroskopisch völlige Intaktheit sämtlicher Schichten, während die homoioplastisch und noch mehr die heteroplastisch übertragenen Transplantate fast ausnahmslos von körpereigenem Gewebe ersetzt werden. Hauttransplantationen unter nahe blutsverwandten Tieren sind mit Erfolg ausgeführt worden. Seither lassen sich Periost, Knochenmark, Fett, Sehne und Knorpel homoiplastisch übertragen. Nebennieren, Epithelkörper, Ovarien lassen sich autoplastisch frei gut übertragen. Homoioplastische Transplantation von Ovarien gelingt bisweilen bei blutsverwandten Tieren. Die längste Funktionsdauer homoioplastisch übertragener Nieren war bisher drei Monate. Reimplantationen von Schilddrüsen sind wiederholt mit voller Funktion gelungen. Die Mißerfolge hierbei beruhen vor allen Dingen auf der Thrombose der Vena thyreoidea. Die Naht der Vene ist der ausschlaggebende Moment. Bei sofort einsetzender Thrombose ist das Transplantat verloren, bei späterer Thrombenbildung können sich Teile der Schilddrüse infolge Vascularisation von der Umgebung her erholen. Homoioplastische Übertragungen an Tiere und Menschen sind alle mißlungen. Die Milz konnte

verschiedentlich homoioplastisch übertragen werden. Wechselseitige Seruminjektionen, langdauernde gleiche Ernährung und Lebenserhaltung sowie parabiotische Vereinigung der Versuchstiere mittels Gefäßnaht haben keine Besserung in den homoioplastischen Transplantationsergebnissen gezeitigt. *Wortmann* (Berlin).CH

Tovey: Safety razor blade holder used as a scalpel. (Sicherheits-Rasiermesser mit Klingengriff, als Skalpell zu gebrauchen.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 22. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 4, S. 782. 1913.

Beschreibung des Instrumentes.

Strauss, F.: Über Zirkulationsstörungen an der unteren Extremität nach Unterbindung der Arteria iliaca communis und der Arteria iliaca externa. (*Städt. Katharinen-Hosp., Stuttgart.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **84**, H. 2/3, S. 395—402. 1913.

Wenn auch die Halstedsche Anschauung zu Recht besteht, daß die Ligatur der Iliaca communis nur bei schon vor dem Eingriff bestehenden Komplikationen (Zirkulationsstörungen, Infektion) mit Gefahr verbunden sei, so ist ihre Prognose statistisch doch weit ungünstiger, als die der Ligatur der Iliaca externa. Während jene eine Gesamtmortalität von 74,3 und mehrere Fälle von Gangrän des ganzen Beines aufzuweisen hat, fehlen solche bei der Lig. der Il. ext. und ihre Mortalität beträgt nur 12,7%. Die Ligatur der Iliaca ext. ist daher im geeigneten Fall vorzuziehen. Im Falle des Verf. trat nach Ligatur einer bei Bassinioperation verletzten Art. iliaca externa bei einem 70jährigen Arteriosklerotiker umschriebene Nekrose an der Haut zweier Zehen ein. Um sich vor solchen, durch mangelnde Herzkraft bedingten Folgen zu schützen, empfiehlt der Verf. die Korotkowsche Probe der Leistungsfähigkeit des Kollateralkreislaufs durch Kompression der Arterie an der Unterbindungsstelle.
Sievers (Leipzig).CH

Ebeler, F.: Zur Anregung der Peristaltik nach Laparotomien. (*Gynaekol. Klin., Akad. Köln.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 37, S. 1497—1498. 1913.

Erfahrungen und kritische Betrachtungen über verschiedene Mittel zur Bekämpfung der postoperativen Darmatonie. Das Hormonal wird als wirkungslos und gefährlich abgelehnt, das Peristaltin in seiner Wirkung anerkannt (11 Fälle), besonders aber das Sennatin in der Form der intramuskulären Injektion in Dosen von 2 ccm, ev. 1- oder 2 mal in 24 Stunden wiederholt, als wirksames Peristalticum auf Grund von 38 Fällen empfohlen. Es hat außerdem den Vorzug der Billigkeit gegenüber den oben genannten Mitteln. *Thiemann* (Jena).CH

Engel, Robert: Le sérum-rhum. Statistique de deux années (1911—1913). (Der Serum-Rum.) (*Maison départementt., Nanterre.*) Gynécologie Jg. **17**, Nr. 7, S. 414—419. 1913.

Bericht über Behandlung von Operationsshock, postoperativen Infektionen, Blutungen und Bronchopneumonien mit Serum-Rum. In 24 Stunden 250—1500 g Glykoseserum (47‰) mit 5—12% Rum [altes Fabrikat, keine synthetischen Produkte]). Autor glaubt einige gute Erfolge nachweisen zu können. *Mohr* (Berlin).

Smith, jr., Charles E.: Thrombosis of the pulmonary artery. With report of a case. (Thrombose der Pulmonalarterie.) St. Paul med. journal Bd. **15**, Nr. 10, S. 487—498. 1913.

Nicht alle Fälle derartiger Thrombose sind embolischen Ursprunges oder nach chirurgischen und geburtshilflichen Eingriffen entstanden. 75—80% sind spontanen Ursprunges. Thrombose der Lungenarterie nach Operationen in 1% aller Fälle (Bidwell, Funke), bei Autopsien nachgewiesen in 3,5%. Thrombenbildung befördern krankhafte Gefäßwände, Verlangsamung oder Störung der Zirkulation, bakterielle Infektion, chemische Veränderungen des Blutes (Welch). Ursache ist die Entwicklung von reichlichen Nucleoproteiden im Blute nach Zerfall von weißen und roten Blutkörperchen. Krankhafte Gefäßwände verlieren dazu die Fähigkeit, geringe Nucleoproteidmengen zu paralysieren. Bei übermäßiger Kalksalzbildung im Blute (Milchdiät, Magnesiumkarbonat) bildet sich in Gegenwart von Nucleoproteiden Fibrinferment, das auf das Fibrinogen wirkt. Fördernd zeigen sich Sepsis, Bakteriämie, Anämie, Chlorose, Malaria, Operationsfolgen, Äther- und Choralgehalt des Blutes, Myokarditis (besonders bei kalkig degenerierenden Myomen). — Die Symptome, oft durch langsames Entstehen oder plötzliches Auftreten verwischt, sind: Schmerzen, Dyspnöe, Bluthusten, Exoph-

thalmus, schwacher Puls, Cyanose, kalter Schweiß, Delirium, Koma..., Prodrome: periphere Thrombosen, subfebrile Temperaturen. Mikroskopisch ist das Alter des Thrombus aus Befund der Erythrocyten und Leukocyten festzustellen. Für spontanen Ursprung sprechen: Trennung der Thromben voneinander, Fehlen eines zentralen Thrombus, Pigmentierung des Thrombus und der Gefäßwände, Organisation des Thrombus. — Bericht über 2 Fälle. *Mohr* (Berlin).

Lotsch: Embolie, Thrombose, Gangrän und ihre Behandlung. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 42, S. 1711—1712. 1913.

Verf. unterscheidet nach Aschoff eine autochthone Thrombose, einen reinen Abscheidungs- oder Sintervorgang, bei dem die Blutplättchen, die aus den Riesenzellen des Knochenmarks stammen, ihren Agglutinationszustand ändern und neben Blutstromverlangsamung direkte Faktoren für die Thrombenentstehung sind. Durch Wechselwirkung dieser Plättchenmassen auf die Endothelzellen tritt sekundär ein Haften an der Gefäßwand und so eine wachsende Thrombose auf. Daneben — aber seltener — tritt eine Gerinnungsthrombose bei Stromstillstand auf. Dies ist der Fall bei Infektionen und der Ligatur der Gefäße. Nicht die Infektion, sondern die Stromstörung ist die wesentliche Ursache der Thrombose. Jeder Mensch vom vierten Lebensdezennium an trägt Thromben in den Venen des Beckengeflechtes. Von den Beckenplexusthromben der Weiber leiten sich dann die Oberschenkelvenenthromben her. Aschoff nennt dies Thrombophlebopathia simplex. Anders die entzündlichen Thromben nach Thrombophlebitis, einer von außen auf die Venenwand fortgeleiteten Entzündung. Behandlung der Thrombose muß vorwiegend prophylaktisch sein. Bewegungsgymnastik bei bettlägerigen Patienten, Sport zur Verhütung der Beckenvenenthromben. Operative Entfernung der Thromben: schlechte Erfolge, im Anfall Ruhigstellung. Operative Emboliebehandlung schlechte Erfolge, trotzdem zu versuchen. Bei Luftembolie bei Eröffnung der Venen Versuch mit Kompression resp. Punktion des rechten Ventrikels rechts vom Sternum. *Weisswange* (Dresden).

Le Filliatre, G.: Facilité d'opérer, suivant notre technique, les sujets très épuisés ou cachectiques. (Leichtigkeit, nach unserer Technik sehr erschöpfte und kachektische Patienten zu operieren.) (17. congr. internat. d. méd., London, 6.—12. VIII. 1913.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 37, S. 727—729. 1913.

In Fällen von stark reduziertem Kräftezustand der Kranken, nach Verblutungen, langen Eiterungen oder nach malignen Tumoren, empfiehlt Verf. auf Grund großer Erfahrungen statt der Allgemeinnarkose die Anästhesie des Rückenmarks zu machen. Eine genauere Technik, die von ihm besonders angewandt wird, wird nicht beschrieben. An der Hand von 116 Fällen wird das gute Resultat erläutert. *Vorschütz* (Elberfeld).CH

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Olivièro, M: Procédé pratique de culture de gonocoques. (Ein praktisches Gonokokkenkulturverfahren.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31**, Nr. 21, S. 407 bis 409. 1913.

Für die Gonokokken wird folgendes Kultursubstrat empfohlen: Harn des Kranken 10 ccm, Blutserum 1 ccm. Das Blutserum kann vom Menschen, vom Affen, vom Meerschweinchen, Kaninchen oder Pferd stammen. Nach 18—20 Stunden Aufenthalt im Brutschrank bei 37° kann man von der Kultur zur mikroskopischen Untersuchung auf Gonokokken entnehmen. *Blanck* (Potsdam).

Asch, Paul: Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Sera und Vaccine für die Behandlung gonorrhoischer Erkrankungen. Straßburger med. Zeit. Jg. **10**, H. 10, S. 223—231. 1913.

Mit Antimeningokokkenserum hat Verf. 4 Fälle von Arthritis gonorrhoica behandelt, davon 2 mit zufriedenstellendem, 2 mit negativem Erfolg. Auf Grund von 22 mit Gonokokkenvaccinen (verschiedener Provenienz) behandelten Fällen von Arthritis gonorrhoica fordert Verf., daß die Behandlung dieser Affektion in erster Linie und hauptsächlich in der vorsichtigen Anwendung von Gonokokkenvaccinen zu bestehen hat.

Auf der Temperatursteigerung nach Vaccineinjektionen allein kann man keine

diagnostische Methode aufbauen, wohl aber haben wir in der Verbindung der Injektion von Gonokokkenvaccinen mit urethroskopischen Untersuchungen eine sehr brauchbare und zuverlässige diagnostische Methode zur Erkennung der Kontagiosität. *Blanck.*

Brandweiner, Alfred: Die Vaccinebehandlung der Gonorrhöe. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 43, S. 1763—1765. 1913.

Cutireaktionen und Stichreaktionen mit Aufschwemmungen abgetöteter Gonokokken sind diagnostisch nicht zu verwerten. Bei unkomplizierter und komplizierter Gonorrhöe sind Stichreaktionen mit autogenen Gonokkokenvaccinen bei gleicher Dosis quantitativ stärker als solche mit monovalenten allogenen. Autogene Gonokokkenvaccine geben bei gleicher Dosis auch quantitativ stärkere Stichreaktionen als polyvalente Vaccine. Diese lösen stärkere lokale Effekte aus als monovalente allogene Vaccine und kommen bisweilen in dieser Hinsicht den autogenen Vaccinen sehr nahe. Polyvalente Vaccine verschiedener Provenienz, aber analoger Herstellung geben bei gleicher Dose annähernd gleiche Stichreaktionen. Es ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß wesentliche Differenzen unter den verschiedenen Gonokokkenstämmen bestehen. — Bei Komplikationen der totalen Urethritis gonorrhoica ist die Anwendung von Vaccinen bei vorsichtiger Dosierung unbedingt indiziert. Die Vaccinebehandlung hat auch auf die Schleimhautveränderung der Urethra einen gewissen Einfluß und kann zur Unterstützung der Lokalbehandlung herangezogen werden. *Blanck.*

Frühwald, Richard: Die diagnostische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen. (Vortr. geh. a. d. 85. Vers. dtsch. Naturforsch. u. Ärzte, Wien.) (*Dermatol. Klin., Univ. Leipzig.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 44, S. 1799—1803. 1913.

0,04 oder 0,05 Arthigon intravenös injiziert, ruft bei gonorrhoischen Frauen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Reaktion hervor, die in einer Temperatursteigerung um mindestens 1,3° besteht, wobei eine Höchsttemperatur von wenigstens 37,8° erreicht wird. Nicht gonorrhoische Frauen zeigen in der überwiegenden Mehrheit diese Reaktion nicht. Sie kann daher wohl als spezifisch betrachtet werden, doch muß in Berücksichtigung der konträren Resultate stets der mikroskopische Befund gleichzeitig erhoben werden. Die Befunde bei früher gonorrhoisch infiziert gewesenen Frauen und bei solchen, deren Gonorrhöe mikroskopisch durch die Behandlung geheilt erscheint, machen es wahrscheinlich, daß die Reaktion mit der Anwesenheit von Gonokokken zusammenhängt und nicht durch eine überstandene Infektion bedingt wird. Wiederholte Injektionen beeinträchtigen die Reaktion, es ist daher bei mehr als zwei Spritzen nur dem positiven Ausfalle Bedeutung beizulegen. Die Reaktion wird in zweifelhaften Fällen wertvolle Dienste leisten können. Vielleicht wird sie auch imstande sein, bei Frauen den Eintritt der Heilung eines Trippers anzuzeigen. *Runge* (Berlin).

Gerschun, J., und J. Finkelstein: Zur Frage der Vaccinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen. (*I. städt. Krankenh. u. bakteriol.-chem. Inst. Ph. Blumenthal, Moskau.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 37, S. 1701—1703.

84 Fälle von Urethritis, Epididymitis und Arthritis gonorrhoica wurden mit einer aus zahlreichen Gonokokkenstämmen hergestellten Mischvaccine behandelt. Zur Verwendung kamen Dosen von 2 bis 50 Millionen Gonokokken. Die Vaccine hatte einen günstigen Einfluß auf die Schmerzen und auf die Resorption von arthritischen und epididymitischen Infiltraten. Im Gegensatz zu anderen Autoren sahen die Verff. auch Erfolge bei der Vaccinebehandlung von akuten und subakuten Gonorrhöen. In einem großen Prozentsatz der Fälle verschwanden die Gonokokken während der Vaccination. *Schürer* (Frankfurt a. M.).[M]

Runge, Ernst: Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynaekologie. Die Verwendung der Gonokokkenvaccine bei gonorrhoischen Frauenleiden. Berl. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 43, S. 1998—1999. 1913.

Übersichtsreferat.

Bruck, Carl: Neue therapeutische und prophylaktische Versuche bei Gonorrhöe. (*Dermatol. Klin., Univ. Breslau.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 43, S. 2074—2075. 1913.

Ein neues Antigonorrhoicum, das Uranoblen, eine Verbindung von Silber mit Uranin,

enthält ca. 40% Silber, entfaltet eine hohe abtötende Wirkung auf Gonokokken, übt eine sehr starke Tiefenwirkung aus und ist fast reizlos. Die neue Methode seiner Anwendung „Caviblenbehandlung" beruht darauf, daß es in Pulverform und hoher Konzentration in dünnen, schmelzbaren Hülsen, „Caviblenstäbchen", eingeführt wird. Die Technik ist einfach und bequem, die Heilungsdauer wird abgekürzt. Keine Reizwirkung. Zur Behandlung der weiblichen Urethra und der Vulvovaginitis kleiner Mädchen dienen Caviblenstäbchen IIIa (2proz. Uranoblenfüllung) und IIIb (4proz. Uranoblenfüllung); Stäbchen Caviblen IV dienen zur Behandlung der Cervix. Fabrikant: Dr. Jablonski, Breslau IX. Verf. glaubt, daß das Caviblenschutzmittel sowie die Caviblenbehandlungsstäbchen einen Fortschritt in unseren prophylaktischen und therapeutischen Bestrebungen bedeuten. *Blanck* (Potsdam).

Krukenberg, R.: Sind Retroplacentar- und Nabelvenenblut zur Diagnose der mütterlichen bzw. kindlichen Syphilis durch die Wassermann-Neisser-Brucksche Komplementbindungsreaktion verwendbar? (*Herzogl. Krankenh., Braunschweig.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 451—480. 1913.

Das aus dem Retroplacentarblut gewonnene Serum ist zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion und zur Beurteilung der Frage, ob Lues bei der Mutter vorliegt, allein unbrauchbar, weil es schon bei anscheinend gesunden Frauen 30% positive Ausschläge der W.-R. gibt. Dieser Prozentsatz positiver Reaktion steigt bei pathologischen Geburtsfällen auf 36,5%, bei langer Geburtsdauer und besonders bei starker Wehentätigkeit auf 46,1%, bei Eklampsie intra und post partum sowie bei erschwerter und regelwidrig verlaufener Nachgeburtslösung und Ausstoßung ohne Lues auf 55,5%. Narkose der Mütter, Fieber, Blutverluste in der Nachgeburtszeit über 500 g vermehren die Zahl positiver W.-R. des Retroplacentarblutes nicht erheblich. Will man an der Prüfung des Retroplacentarblutes festhalten, so bedarf sie in den Fällen positiven Ausfalls der W.-R. der Nachprüfung am Armvenenblut, wodurch immerhin eine Verminderung der Armvenenpunktionen erreicht würde. Der positive Ausfall der W.-R. im Retroplacentarblut beruht mit Wahrscheinlichkeit auf der Anwesenheit von Eiweiß-Lipoidverbindungen, die aus der Placenta stammen. Das Nabelvenenblut gesunder und von gesunden Müttern geborener Kinder gibt regelmäßig einen negativen Ausfall der W.-R., in pathologischen Fällen eine positive W.-R. nur bei Lues hereditaria, niemals bei Eklampsie der Mütter, bei Frühgeburten ohne Lues, niemals nach Narkose, Fieber intra partum, langer Geburtsdauer, Blutungen oder sonstigen Regelwidrigkeiten in der Nachgeburtszeit, auch nicht bei tief asphyktisch oder totgeborenen Kindern. Der negative Ausfall der W.-R. im Nabelvenenblut schließt aber eine erst unter der Geburt erworbene kindliche Syphilis nicht aus; desgleichen ist eine klinisch symptomlose hereditäre Lues des Neugeborenen trotz negativem Ausfall der W.-R. im Nabelvenenblut *nicht* ausgeschlossen, wenn die anscheinend gesunde Mutter positiv reagiert, bei ihr also eine Lues im Latenzstadium wahrscheinlich ist, oder wenn eines oder beide Eltern manifeste Lues haben. In allen diesen Fällen ist die serodiagnostische Kontrolle des Kindes mehrfach in längeren Zwischenräumen zu wiederholen. Der negative Ausfall der W.-R. im Nabelvenenblut gesunder Neugeborener wird durch Zumischung von Placentarpreßsaft zum Nabelvenenblut nur in 5% der Fälle in einen positiven verwandelt, in 95% bleibt er negativ. Auch durch Beimischung von Fruchtwasser oder durch Ausstreichen der Nabelschnur bei der Blutgewinnung wird die W.-R. des Nabelvenenblutes nicht geändert. Trotz der oben gemachten Einschränkungen ist das Nabelvenenblut zur Erkennung der hereditären Syphilis des Neugeborenen gut geeignet, und seine Prüfung durch die W.-R. deshalb in Entbindungsanstalten in allen Fällen, in der Privatpraxis mindestens in allen auf Lues verdächtigen Fällen neben der serologischen Prüfung des mütterlichen Armvenenblutes empfehlenswert. *Runge.*

Findlay: Management of genital tuberculosis in women. (Behandlung der Genitaltuberkulose der Frauen.) Med. herald Bd. **32**, S. 181. 1913.

Nach einer Übersicht über den Gegenstand kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Genitaltuberkulose ist beim weiblichen Geschlecht selten direkte Todesursache. Der tödliche Ausgang ist gewöhnlich die Folge primärer Lungen- oder Darmtuberkulose. In mehr als der Hälfte der Fälle besteht keine dringende Anzeige für operatives Vor-

gehen. Da die Genitaltuberkulose selten die primäre Erkrankung ist, müssen die durch den primären Herd verursachten Erscheinungen streng von denen geschieden werden, die auf der sekundären Genitalerkrankung beruhen. Die Symptome, welche auf der Erkrankung der Genitalorgane beruhen, verschwinden gewöhnlich auf palliative Maßnahmen. Radikaloperation ist zur Beseitigung der durch die Genitaltuberkulose hervorgerufenen Symptome selten berechtigt. Bei operativem Vorgehen droht die Gefahr des Aufflackerns eines latenten primären Herdes, der hohen primären Mortalität dieser Fälle und der unnötigen Opferung von Organen, um so mehr als spontane Heilung durchaus möglich ist wie auch bei Tuberkulose anderer Lokalisation. Bei tuberkulöser Pertitonitis bedingt der primäre Herd in 90% der Fälle den tödlichen Ausgang. Bei Operation wegen tuberkulöser Peritonitis werden zweckmäßig die erkrankten Tuben entfernt, um die Quelle fortwährend neuer Infektion zu verstopfen. Äußerster Konservativismus ist am Platze bezüglich der Ovarien und des Uterus bei jungen Frauen. Für operatives Vorgehen günstig ist allein der exsudative Typus der tuberkulösen Peritonitis. Es soll nicht operiert werden bei bestehendem Fieber oder bei aktivem primärem Herd an anderer Stelle. Beim Fehlen schwerer Symptome von seiten der Genitalien oder des Peritoneums sollen an Stelle operativen Vorgehens allgemein hygienische Maßnahmen angewandt, wenigstens ein längerer Versuch damit gemacht werden. *C. H. Davis.* CH A

Henry: Clinical manifestations of genital tuberculosis in women. (Klinische Feststellungen über die Genitaltuberkulose des Weibes.) Med. herald **Bd. 32**, S. 175. 1913.

Verf. gibt eine bemerkenswerte Übersicht und besonders interessante statistische Zusammenstellungen über das Thema. Auf Grund einer großen Zahl von Sektionsbefunden zahlreicher Untersucher wurde gefunden, daß die Genitalorgane des Weibes bei Tuberkulosetodesfällen in 3—12% tuberkulös erkrankt waren, während der entsprechende Anteil beim männlichen Geschlecht vier- bis sechsmal kleiner war. Von 223 von verschiedenen Untersuchern mitgeteilten Fällen von Genitaltuberkulose kamen 81 auf den Uterus. Unter 4470 Sektionen weiblicher Leichen fand sich 53 mal Tuberkulose der Tuben, dagegen waren bei 116 Sektionen tuberkulöser Frauen die Tuben 14 mal tuberkulös. Unter 814 Salpingitisfällen waren 29 tuberkulöse, und von 394 Fällen von Genitaltuberkulose zeigten 77 Beteiligung der Ovarien. Verf. berichtet über vier Fälle eigener Beobachtung. Er macht auf die Feststellung aufmerksam, daß Aborte, Gonorrhöe und andere Entzündungen ebenso wie überhaupt Verletzungen oder Kontusionen, allgemeine Schwäche oder anämische Konstitution prädisponierende Faktoren für die Entstehung und Entwicklung der Tuberkulose der Genitalien und des Peritoneum darstellen. *C. H. Davis.* CH A

Camphausen, A.: Über spezifische Tuberkulinbehandlung mit Sanocalcin-Tuberkulin. (*Heimstätte d. Stadt Schöneberg, Sternberg.*) Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. **21**, H. 3, S. 222—226. 1913.

Allgemeines über Geschwülste:

Saxl, Paul: Über die Störungen im Eiweißstoffwechsel Krebskranker. (Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Rhodanausscheidung.) (*I. med. Klin., Wien.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **55**, H. 3/4, S. 224—244. 1913.

Da die Störung des Eiweißstoffwechsels Krebskranker auf eine Störung der intermediären Oxydation des Eiweißes hinweist, erwägt Verf., ob nicht intermediäre Bildung geringster Mengen Blausäure bei Krebskranken diesen inneren O-Mangel bedingt, um so mehr als Blausäure im Organismus in Rhodan übergeführt wird und nach Verabreichung relativ kleiner Dosen Rhodan an gesunde Menschen ebenso wie bei krebskranken der Gesamtumsatz des Eiweißes, die NH_3 und Neutral-S-Ausscheidung steigt. Verf. findet außerdem nach Darreichung von $1^1/_2$ g Rhodan-Natrium Merck bei 3 Menschen einen Anstieg der relativen Oxyproteinsäureausscheidung, deren Höhepunkt

nach 3—4 Tagen erreicht ist. Das eingeführte Rhodan wird relativ langsam ausgeschieden. Auf der Höhe der Rhodanausscheidung war die Schwefeloxydationsreaktion von Salomon und Saxl auf 12—15 mgr in 100 cm Harn positiv. (Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1**, S. 112.) — Die quantitative Bestimmung der Rhodanausfuhr im Harn (nach der Methode von Rupp) ergibt bei den meisten Krebskranken erheblich höhere Werte als bei anderen Krankheiten und bei normalen Menschen. Weder Fieber, noch verminderte Nahrungsaufnahme, Anämie und Kachexie sind für die vermehrte Rhodanausscheidung und die mit ihr offenbar einhergehende vermehrte Rhodanbildung verantwortlich. Im Tierversuch war die Rhodanmenge im Harn an Hungertagen etwas geringer als bei Fleischzufuhr; erhöhte Fleischkost war ohne Einfluß auf die Rhodanmenge. Eine Vermehrung des Rhodans im Carcinomgewebe selber im Sinne einer Speicherung war nicht nachweisbar. — Die „Schwefelreaktion im Harne Krebskranker" von Salomon und Saxl ist zum mindesten größtenteils ein Nachweis relativ erhöhter Rhodankonzentration im Harn. Harne Krebskranker haben im allgemeinen eine hohe relative Rhodankonzentration (bis zu 25 mg in 100 cm Harn), während bei normalen die Zahlen niedriger sind (4—13 mg); die „Schwefelreaktion" wird bei einer Konzentration von 12—15 mg Rhodan positiv. *Michaud* (Kiel).[M]

Wolter, B.: Beiträge zur Kenntnis der Chemie der Krebstumoren. (*Kais. Inst. f. exp. Med., Petersburg.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **55**, H. 3/4, S. 260—265. 1913.

Die Tumorknoten (Lebermetastasen) zeigten im Gehalt der höheren Fettsäuren und des Stickstoffs gegenüber dem normalen Lebergewebe der Umgebung keine Unterschiede. Dagegen war der Phosphorgehalt des Carcinomgewebes vermindert, und zwar bezieht sich diese Verminderung hauptsächlich auf den Lipoid- und Proteidphosphor. Gegenüber dem Phosphatidphosphorgehalt normalen Lebergewebes zeigt sich im Krebsgewebe eine Verminderung von fast $8^1/_2$%, während der Proteidphosphor prozentual in bezug auf den Gesamtphosphorgehalt eine Steigerung erfährt. *C. Lewin.*[M]

Rondoni, Pietro, Ricerche sperimentali sui tumori. (Experimentelle Untersuchungen über Geschwülste.) (*Istit. di studi sup., Firenze.*) Sperimentale Jg. **67**, Nr. 2, S. 139—154. 1913.

Versuche mit Saccharomyces neoformans Sanfelice fielen negativ aus. — Vorbehandlung mit $^1/_2$ Stunde auf 55° erwärmtem Brei von Sarkom der Ratte und Adenocarcinom der Maus erhöht nicht die Zahl der positiven Übertragungen. Dagegen scheint die Einspritzung von Nucleoproteidextrakt vom Sarkom nach Wooldridge das Wachstum des überimpften Tumors zu beschleunigen, während der Extrakt wirkungslos bleibt bei dem bereits einen Tumor tragenden Tier. Der Parallelismus zwischen Sklerose der Milz und refraktärem Verhalten gegen die Impfung bei den Mäusen wird als Alterserscheinung aufgefaßt. — Die Erzielung positiver Erfolge in der Erzeugung der experimentellen Embryome nach Askanazy ergab keinen Unterschied bei der Verwendung unbehandelten Materiales gegenüber Material, das nach den verschiedenen bisher angegebenen Methoden vorbehandelt war. — Die Übertragung menschlicher Geschwülste (Krebs der Lunge, der Ovarien) auf die verschiedensten Versuchstiere blieb ohne Erfolg *Gümbel* (Bernau).[CH]

Anselmi, Beniamino E., Del valore della deviazione del complemento secondo v. Dungern nella diagnosi delle neoformazioni maligne. (Über den Wert der Komplementbindungsreaktion nach von Dungern bei der Diagnose maligner Neubildungen.) (*Istit. di patol. med., univ., Pavia.*) Policlinico. Sez. med. Bd. **20**, Nr. 6, S. 280—288. 1913.

Verf. fand bei 27 Pat. mit verschiedenen Neubildungen in 66% einen positiven, bei 19% einen fraglichen und in 15% einen negativen Ausfall der Reaktion. Bei 15 anderen Pat. mit verschiedenen anderen Krankheiten (Typhus, Gelenkrheumatismus, Leukämie usw.) resp. bei Gesunden fiel die Reaktion in 13,2% positiv, in 26,4% fraglich und in 59,4% negativ aus. Es fehlt der Reaktion zurzeit also noch die Spezifizität. *Naegeli* (Zürich).[CH]

Debaisieux, T.: Rapport de la commission qui à été chargée d'examiner le mémoire manuscrit de R. Erpicum intitulé: Contribution à l'étude du séro-diagnostic du cancer. (Bericht der Kommission zur Prüfung der Arbeit von R. Erpicum: „Beitrag zum Studium der Serodiagnostik des Carcinoms.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. **27**, Nr. 7, S. 588—591. 1913.

Die Freund-Kaminersche Zellreaktion, die Meiostagminreaktion, die Anti-

trypsinreaktion und die Methode der Komplementablenkung nach v. Dungern sind nach Erpicums Ansicht für die Serodiagnostik des Carcinoms nicht brauchbar. Hingegen erscheint ihm der Schutzfermentnachweis nach Abderhalden sehr gute Resultate zu geben. Man muß dabei streng aseptisch arbeiten, da jede Verunreinigung zu Fehlerquellen Anlaß geben kann. 33 Carcinomsera ergaben ein positives Resultat (bis auf einen Fall, bei welchem ein technischer Fehler gemacht wurde). Auch zwei Sarkome reagierten positiv, während kernigere Tumoren und andere Kontrollfälle stets einen negativen Ausfall ergaben. In neun Fällen war die Carcinomdiagnose klinisch nicht gestellt worden bzw. ungewiß. Der weitere Verlauf hat dann die positive Serodiagnose bestätigt. Erpicum sieht im Schutzferment eine spezifische sensibilisierende Substanz, welche thermostabil ist und, nach Art von Amboceptoren, mit Komplement zusammenwirkt. *Wolfsohn* (Charlottenburg).[CH]

Brancati, R.: Sul midollo osseo nei ratti con tumore da innesto. (Das Verhalten des Knochenmarkes bei Ratten mit transplantierten Tumoren.) (*Istit. di clin. chirurg., Roma.*) Tumori Jg. **2**, Nr. 5, S. 513—525. 1913.

Verf. findet, daß unter der Entwicklung von Sarkomen das Knochenmark der Ratte eine erhöhte blutbildende Tätigkeit entfaltet, welche sich hauptsächlich auf die Neubildung roter Blutkörperchen erstreckt. Diese vermehrte Funktion des Knochenmarkes läßt sich auch bei entmilzten Tumorträgern feststellen und wird ebenso durch Tumorfiltrate und Milzbrei erzielt. *Joannovics* (Wien).[M]

Joannovics, Georg: Über die Wirkung von Morphin, Cocain und Schleichscher Lösung auf das Wachstum der transplantablen Mäusetumoren. (*Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 39, S. 1539—1541. 1913.

Verf. versetzte den Impfbrei von Mäusetumoren vor der Impfung mit kleinen Mengen Cocain, Morphium und Schleichscher Lösung und impfte alsdann in die Muskulatur des Unterschenkels, die ihm für die Gewinnung ganzer nicht ulcerierter Tumoren vorteilhaft erscheint. Dem Carcinom gegenüber zeigt Cocain die intensivste Wachstumshemmung, dann folgt Schleichsche Lösung und am wenigsten schädigt das Morphium die Wachstumsintensität. Im Gegensatz dazu wird das Mäusesarkom am meisten durch die Schleichsche Lösung, am geringsten durch Cocain geschädigt. Verf. glaubt, daß der Adrenalingehalt der Schleichschen Lösung dafür die Erklärung gibt (Adrenalin schädigt die Tumoren in ihrem Wachstum). Die Hemmung des Wachstums zeigt sich auch, wenn auch in geringerem Grade, bei Verfütterung der zum Versuch gewählten Gifte, zu denen er außerdem noch Calcium lacticum verwendete. Auch hierbei zeigten sich Unterschiede im Verhalten des Carcinoms von dem des Sarkoms. *C. Lewin* (Berlin).[M]

Titus, Edward C.: A new method of treating neoplasms by metallic arsenic and the fulguration spark. (Eine neue Methode zur Behandlung von Neoplasmen durch Arsen und Fulguration.) Internat. journal of surg. Bd. **26**, Nr. 6, S. 226—227. 1913.

Die vom Verf. empfohlene neue Methode zur Behandlung von Neoplasmen besteht in der Anwendung von Arsenelektroden statt der gewöhnlichen Zink-, Kupfer- oder Aluminiumelektroden für die Fulguration. Die meisten Autoren schreiben die therapeutische Wirkung der Fulguration der dadurch entstandenen Stimulation, Abtrocknung oder Verbrennung je nach der Intensität zu. Verf. fand nun, daß man bei der mikroskopischen Untersuchung von frisch fulguriertem Gewebe kleine Metallpartikelchen feststellen kann, die von den Elektroden herstammen. Durch diese Feststellung angeregt, versuchte er die Arsenelektroden und konnte durch dieses Verfahren bei oberflächlichen Epitheliomen, Rezidiven von inoperablen Carcinomen, Syphilomen, und tuberkulösen Ulcerationen bedeutende Besserungen erzielen. Die Wirkung ist eine sehr schnelle und Verf., der die Methode schon seit 2 Jahren anwendet, empfiehlt dieselbe zum allgemeinen Gebrauch. *Szécsi.*[CH]

Ledoux-Lebard: Les injections de sulfate de radium insoluble chez les cancéreux inopérables. (Die Injektionen von unlöslichem Radiumsulfat bei inoperabeln Krebskranken.) Arch. d'électr. méd. Jg. **21**, Nr.363, S.97—101. 1913.

Verf. geht von der bekannten schmerzstillenden Eigenschaft der Radium- und Röntgen-

strahlen aus und empfiehlt Einspritzungen von minimalen Mengen unlöslichen Radiumsulfats. Bei 16 inoperabeln, zum Teil ulcerierten Brustkrebsen gelang es, die Schmerzen zum Schwinden zu bringen, bei fünf Fällen so gründlich, daß auf Morphium ganz verzichtet werden konnte! — Benutzt wurden Ampullen von Saboin, enthaltend 10 und 20 Mikrogramm Radiumsulfat in isotonischer Suspension. — Die Injektionen werden ausgeführt wie bei der Infiltrationsanästhesie; hat die erste Injektion keinen Erfolg, so ist es zwecklos, weitere zu machen. *Denks.*

Unterricht und Lehrmittel:

● **Ruyter, G. de, und E. Kirchhoff: Kompendium der allgemeinen Chirurgie. Für Studierende u. Ärzte. 6. u. 7. verm. u. verb. Aufl.** Berlin: Karger. 1913. VIII, 287 S. M. 5.60.

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

● **Blau, A., R. Th. Jaschke, Fr. Kermauner u. a.: Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin. Bd. 2: Akute Infektionskrankheiten, Schwangerschaftstoxikosen, Eklampsie, Sepsis, Hautkrankheiten, Asthenie, Enteroptose, Metastasen der Tumoren, Nervenkrankheiten.** Wien: Hölder. 1913. XIX, 988 S. M. 22.40.

Le 17. congrès international de médecine. La section d'obstétrique et de gynécologie. (Londres, 6.—12. VIII. 1913.) (17. internat. med. Kongreß. Abteilung für Geburtshilfe u. Gynaekologie. [London, 6.—12. VIII. 1913].) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 10, S. 207—210. 1913.

Ecalle et Vaudescal: Compte rendu analytique de la section d'obstétrique et de gynécologie du 17. congrès international de médecine. (Bericht über die Sektion für Geburtshilfe und Gynaekologie des internationalen medizinischen Kongresses.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 10, S. 211—248. 1913.

Regnault, Félix: La reine de Pount (Bas-Relief de Deir-El-Bahari, Égypte) n'a point de Stéatopygie, c'est une difforme. (Die Königin von Punt besitzt keine Steatopygie, sondern ist eine difformierte Person.) Bull. et Mém. de la Soc. d'anthropol. de Paris **4**, S. 412—415. 1913.

Die bekannte Darstellung der „Königin von Punt", die Mariette 1878 von einem Basrelief von Deir-el-Bahari bei Luksor beschrieb, wurde lange Zeit für eine Frau mit Steatopygie, wie sie unter den Buschmannsfrauen und anderweitigen süd- und ostafrikanischen Weibern beobachtet wird, erklärt. Régnault gab sodann der Vermutung Ausdruck, daß es sich eher um einen Fall von Achondroplasie handeln könnte. Jetzt aber hat er seine Ansicht dahin geändert, daß er meint, wir haben es hierbei mit einem Fall von monströser Lipomatose zu tun. Er ist dazu durch eine Beobachtung von Dartigues und Bonneau geführt worden. Ein Vergleich der Abbildung dieses Falles mit der Darstellung der Königin von Punt läßt keinen Zweifel darüber entstehen, daß es sich um identische Fälle handelt. In beiden sieht man lokalisierte Tumoren, die dem Gesetz der Schwere folgend, sehr herunterhängen; sie sitzen besonders an den Gliedmaßen und sind an den Unterextremitäten recht deutlich ausgeprägt. *Buschan.*

In memoriam of Henry Jacques Garrigues. (In Memoriam Henry Jaques Garrigues.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Jg. **68**, Nr. 4, S. 760—762. 1913.

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Pierra, Louis: Diagnostic et traitement de la bartholinite. (Diagnostik und Behandlung der Bartholinitis.) Journal des sag.-femmes Jg. **41**, Nr. 19, S. 339 bis 341. 1913.

Verf. beschreibt näher die Merkmale, den Sitz und Verlauf der akuten und chronischen Bartholinitis. Differentialdiagnostisch kommt Furunkulosis und vereitertes Hämatom in Betracht. Als Behandlung empfiehlt er Exstirpation der ganzen Drüse,

nur bei ganz akuten Fällen mit sehr stark entzündlichen Symptomen zunächst einfache Incision. *Bretz* (Bonn).

Schiller: Mikroskopische Demonstration eines Melanosarkoms der Klitoris. (Gynaekol. Ges., Breslau, Sitzg. v. 24. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 368. 1913.

Die Trägerin der Geschwulst ist seit 3 Jahren rezidivfrei. *Zinsser* (Berlin).

Uterus:

Schiller: Morbus maculosus und Myomotomie. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 361—362. 1913.

35jährige Patientin. Supravaginale Amputation des myomatösen Uterus. Am 6. Tag p. op. diffuse Blutung aus dem Zahnfleisch, die Tamponade erfordert. Zwei Tage später an den Armen frische Petechien, die stellenweise zu Suggillationen zusammenlaufen. Besonders ausgedehnte Suggillationen auf den Gesäßbacken. Ausgedehnte subcutane Hämatome an Injektionsstellen. Mäßiger Blutaustritt aus Nase und Scheide. Schlechtes Allgemeinbefinden, Urin hämoglobinhaltig, Blutgerinnungsdauer 9 Minuten. Sonst Blutbefund normal. Therapeutisch: Gelatine subcutan, Calcium innerlich, Normalseruminjektionen. Heilung nach 14 Tagen. *Zinsser.*

Benthin: Zur Diagnose des Carcinoma Uteri. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 360. 1913.

Im Anschluß an einen von Heß veröffentlichten Fall von Heilung eines Carcinoma uteri durch die einfache Abrasio berichtet Benthin über 2 Fälle, bei denen die Abrasio ein typisches Carcinom ergeben hatte, bei denen aber später in dem exstirpierten Uterus trotz genauester Untersuchung auch mikroskopisch kein Carcinom gefunden werden konnte. B. läßt es unentschieden, ob in diesen Fällen die Abrasion allein zur Heilung genügt hätte. In praxi soll man in zweifelhaften Fällen wegen der Rezidivgefahr stets operieren. *Zinsser* (Berlin).

Unterberger, jun.: Zur Diagnose des Carcinoma Uteri. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 360. 1913.

Unterberger jun. berichtet über einen Fall von Metritis chronica mit Schleimhautpolypen im Fundus. Die histologische Untersuchung der Uterusmucosa ergab normale Verhältnisse. Die Basis des Polypen erschien zunächst gutartig, ging aber dann doch in typisches Carcinomgewebe über. Wäre in diesem Fall eine Abrasio vorgenommen worden, so hätte man aus dem mikroskopischen Befund der Kürettage ein Carcinom diagnostiziert, bei einer späteren Totalexstirpation aber nichts mehr von Carcinom im Uterus finden können. *Zinsser* (Berlin).

Bondy, Carcinom des ganzen Uterus. (Gynaekol. Ges. Breslau. Sitzg. v. 24. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**. H. 3, S. 363. 1913.

Eine 48jährige Kranke hatte nur über eitrigen Ausfluß geklagt, während die Blutungen normal geblieben waren. An der Portio war nichts Abnormes zu tasten, dagegen konnte man durch den Muttermund bröcklige Massen entfernen, die sich mikroskopisch als Carcinom erwiesen. Die Wand des kindskopfgroßen Uterus erweist sich nach der Exstirpation vom inneren Muttermund bis zum Fundus fast vollständig in Carcinom verwandelt. Auch mikroskopisch zeigt sich die ganze Wand von Carcinom erfüllt, und zwar finden sich hintereinander: Normales und atypisch gewuchertes Plattenepithel, normale Cervixdrüsen und Cervixdrüsencarcinom, Adenocarcinom des Korpus und normale Korpusdrüsen. Bondy nimmt an, daß das Carcinom in der Gegend des inneren Muttermundes entstanden und von da nach oben und unten gewachsen sei. *Zinsser* (Berlin).

Unterberger, jun.: Carcinoma corporis bei Uterus duplex unicollis. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 361. 1913.

51jährige Patientin, die seit 2 Jahren blutet. Fehldiagnose auf Myom. Radikaloperation. Es findet sich ein Korpuscarcinom bei Uterus duplex unicollis. Unterberger betont, daß der Fall durch Röntgenbehandlung verschleppt worden wäre. *Zinsser* (Berlin).

● **Thomas, J.: Le diagnostic et le traitement des cancers inopérables.** (Diagnose und Behandlung der inoperablen Carcinome.) Paris: A. Maloine. 1913. Frcs. 3.—.

Jaschke, Rud. Th.: Klinisch-anatomische Beiträge zur Ätiologie des Genitalprolapses. (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 2/3, S. 678—698. 1913.

Ohne die Arbeit Martins schmälern zu wollen, kann sich Verf. doch nicht allen

Anschauungen dieses Autors anpassen. Nach seiner Ansicht bilden Haft- und Stützapparat ein funktionell wie anatomisch zusammengehöriges Ganze und jede einseitige Betrachtung dieser Einheit führt zu Irrtümern. In der Ätiologie des Prolapses spielen gewiß angeborene wie erworbene Veränderungen der Verdichtungszonen ebenso eine Rolle, wie Veränderungen der Muskulatur und ihrer Fascien, gleichgültig, ob es sich um angeborene Weite des Hiatus genitalis oder Schwäche des Levator oder um eine traumatisch entstandene Insuffizienz der Beckenbodenmuskulatur handelt. Auf Grund klinischer wie anatomischer Untersuchungen glaubt Verf., daß die Insuffizienz des Beckenbodens für die Entstehung eines Prolapses von größerer Bedeutung ist, als die des Haftapparates. Vielfach werden durch eine und dieselbe Schädlichkeit Haft- und Stützapparat getroffen. Dann ist es mehr Geschmackssache, ob man die Insuffizienz des Haftapparates oder des Stützapparates als primär bzw. sekundär bezeichnen will. Festzustehen aber scheint, daß bei bloßer Insuffizienz des Haftapparates wohl leichtere Prolapsformen (Cystocelen ersten und zweiten Grades, geringer Descensus uteri) entstehen können, daß dagegen ein Prolaps des Uterus ohne angeborene oder erworbene Insuffizienz des Levator unmöglich ist. Will man trotz dieser Einwendungen Haft- und Stützapparat gegeneinander werten, dann muß unbedingt dem Stützapparat die höhere Bedeutung zuerkannt werden, denn die Insuffizienz der Verdichtungszonen führt bei intaktem Levator durchaus nicht immer zum Prolaps, während umgekehrt bei defektem Stützapparat der Haftapparat die Entstehung eines Vorfalls niemals zu verhindern vermag. *Runge* (Berlin).

Bainbridge, William Seaman: Arterial ligation, with lymphatic block, in the treatment of advanced cancer of the pelvic organs, a report of fifty-six cases. (Unterbindung der Arterien und Ausräumung der Drüsen zur Behandlung des vorgeschrittenen Krebses der Beckenorgane; Bericht über 56 Fälle.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 4, S. 649—670. 1913.

Unoperable, unentfernbare und unheilbare Carcinome der Beckenorgane mit Drüsenwucherungen können noch durch Blutgefäßunterbindungen und Drüsenausräumung in Angriff genommen werden. Die Operation ist angezeigt bei Blutungen, Jauchungen und Druckerscheinungen, wo die Wertheimsche Totalexstirpation nicht mehr möglich erscheint. Die Operation soll durch Unterbindung der Arterien die Blutversorgung der Krebsgeschwulst verringern, sie soll durch Entfernung der Lymphdrüsen und Lymphgefäße beiderseits die Verbreitung von Krebszellen und -toxinen im Organismus verhindern, sie soll endgültig entscheiden, ob der Fall wirklich inoperabel ist, sie soll die Ovarien entfernen, Komplikationen wie Darmknickungen, Adhäsionen usw., Falschlagen des Uterus korrigieren, die Ureteren freimachen, die Anwendung von Palliativmitteln wie Curettement, Thermokauterisation, Radiotherapie, Aceton usw. ermöglichen.

Die Operationstechnik ist folgende: 1. Eröffnung des Bauches. Hochlagerung. 2. Ligatur der A. a. ovaricae und Entfernung der Ovarien und Tuben. 3. Incision des Peritoneum von einer A. hypogastrica zur anderen. 4. Ligatur der A. a. hypogastricae. 5. Eventuell in Notfällen Ligatur der A. a. iliacae communes. 6. Ligatur der A. a. uterinae. 7. Ligatur der A. a. obturatoriae. 8. Ligatur der A. sacralis media. 9. Entfernung der Lymphdrüsen „en masse" vom Receptaculum chyli bis zum Foramen obturatorium. 10. Beseitigung anderer Komplikationen. 11. Schluß der Bauchwunde. 12. Curettement des Uterus und Ätzung mit Chlorzink oder Aceton oder mit dem Thermokauter. Es wurden auf diese Weise 56 Fälle operiert, welche tabellarisch zusammengestellt sind (die ersten 24 Fälle in einer früheren Arbeit). Bei diesen ersten 24 Fällen, wovon 3 nach der Entlassung nicht nachkontrolliert werden konnten und wovon 3 in den ersten 4 Tagen p. op. starben, betrug die Lebensdauer zwischen 4 Monaten und 4 Jahren 4 Monaten (8 lebten noch 8 Monate und darüber). Bei den letzten 32 Fällen starben 5 innerhalb 2—10 Tagen p. op. und die Lebensdauer variierte zwischen 2 Monaten und 2½ Jahren (2 lebten 2 Jahre, 5 lebten 1 Jahr und darüber); die Resultate waren meist günstig in bezug auf Blutung, Wachstum der Tumoren und sonstige Komplikationen. *Klein.*

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Unterberger, jun.: Hydrosalpinx von seltener Größe. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 361. 1913.

Präparat stammt von einer 28jährigen Nulliparen. Linke Adnexe normal. Rechte Tube hat die Gestalt einer Wurst, ist 38 cm lang und hat einen überall ziemlich gleichen Umfang von 17—18 cm. *Zinsser* (Berlin).

Schiller: Cyste am freien Rand der Tube. (Gynaekol. Ges. Breslau, Sitzg. v. 24. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 369. 1913.

Hühnereigroße Cyste am freien Rand der linken Tube. Derbe fibröse Wand mit niedrigem zylindrischem Epithelbesatz. Inhalt klar, gerann nicht beim Kochen.

Schiller läßt unentschieden, ob die Cyste aus Epithelabsprengungen bei der ersten Anlage des epithelialen Müllerschen Ganges (Robert Meyer) entstanden sei, oder ob es sich um eine Serocele handelt, entstanden durch Ansammlung seröser Flüssigkeit zwischen Lamellen von Neomembranen (Sänger). *Zinsser* (Berlin).

Evler: Autoserotherapie bei einem Fall von malignem papillärem Ovarialcystom. (Berliner med. Ges., Sitzg. v. 23. VII. 1913.) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 43, S. 2008. 1913.

Evler operierte vor 3 Jahren eine Patientin mit malignem Cystom, das sich wegen ausgedehnter Verwachsungen nicht radikal entfernen ließ. Nach Ablassen von ca. 10 l einer trüben Flüssigkeit nähte E. die noch ungefähr 4 l enthaltende Cyste mit einer kleinen Öffnung in das Unterhautbindegewebe ein, so daß der Cysteninhalt sich in dieses hinein ergießen konnte. Im Laufe der folgenden 3 Jahre mußte die Kranke 3 mal punktiert werden, ihr vor der Operation sehr elender Allgemeinzustand hat sich aber so sehr gebessert, daß sie imstande war, ihrem Haushalt vorzustehen. *Zinsser* (Berlin).

Bauchorgane:

Kappis, Max: Beiträge zur Frage der Sensibilität der Bauchhöhle. Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **26**, H. 3, S. 493—530. 1913.

Experimente an Hunden. Die Bauchorgane im engeren Sinne sind praktisch als empfindungslos anzusehen. Doch ist am visceralen Peritoneum und seinem Inhalt an den Stellen, wo sensible Nerven in genügender Zahl und Stärke zusammenliegen — an den größeren und mittleren Gefäßen — deutliche Schmerzhaftigkeit nachzuweisen: am kleinen Netz, am Ansatz des großen Netzes am Magen, in der Gegend des Cysticus, des Choledochus, der Leberpforte und der großen Gefäße. Schmerzempfindung wird durch diese Nerven bei Zerrung und bei krankhaften Zuständen ausgelöst. Der Splanchnicus vermittelt dieses Schmerzgefühl, wenigstens beim Hunde: nach Durchtrennung beider Splanchnici sind Magen, Milz und oberer Dünndarm völlig unempfindlich. Zur Leitungsanästhesie des Magens und der Leber wäre eine Leitungsunterbrechung der Wurzeln D 6—9 bds. genügend; da man aber auch stets in das Gebiet des Colon transversum kommt (lumbale Nervenversorgung), wird die Leitungsanästhesie technisch erschwert. Für Nierenoperationen genügt die Unterbrechung von D 9, höchstens D 8 bis L 1 — L 2, der kranken Seite. Unentschieden ist noch die Frage, ob die sensible viscerale Nervenversorgung der Baucheingeweide einseitig oder beiderseitig geschieht. *Boit* (Königsberg i. Pr.).CH

Smith, Geo Milton: Morphological changes in tissue with changes in environment. Replacement of surface epithelium of grafted tissue by adjacent epithelium. (Morphologische Veränderungen im Gewebe mit Veränderungen der Umgebung. Ersatz des Oberflächenepithels überpflanzter Gewebe durch das Epithel der Umgebung.) (*Dep. of pathol., Washington univ., St. Louis.*) Journal of med. research Bd. **28**, Nr. 3, S. 423—439. 1913.

Überpflanzt man ein Organ des Abdomens in ein anderes Organ, so wird sein oberflächliches Epithel verändert. Das geschieht, wenn das Epithel des überpflanzten Organs sich im Typus von dem des neuen Organs unterscheidet. Die Veränderung erfolgt durch den Ersatz des oberflächlichen Epithels des überpflanzten Organs durch

das Epithel des Organs, in welches die Pfropfung vorgenommen wird. Der Ersatz des oberflächlichen Epithels des überpflanzten Organs hängt von Veränderungen seiner Umgebung ab. Veränderte physikalische und chemische Bedingungen, die von der Eigenart des Organs abhängen, in welches die Verpflanzung geschieht, beeinflussen in ungünstiger Weise das Wachstum des überpflanzten Epithels, während gleiche Bedingungen es begünstigen. Während ein Ersatz des Epithels überpflanzter Organe der Verpflanzung in ein anderes Organ folgt, bleibt diese Veränderung aus, wenn beide Organe unter gleichen Bedingungen wie in der freien Bauchhöhle wachsen. *C. Lewin.*[M]

Gussew, V.: Beitrag zur Therapie der eingeklemmten Brüche auf Grund von 420 Fällen. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **124**, H. 1/4, S. 155—192. 1913.

Gussew berichtet in vorliegender Arbeit über 420 Fälle von eingeklemmten Brüchen, die auf der chirurgischen Abteilung des Armitsteadschen Kinderhospitals zu Riga von 1902 bis 1912 zur Beobachtung kamen. Die Statistik muß im Original nachgesehen werden. Erwähnt seien folgende seltenere Fälle, die ausführlich mitgeteilt werden: 1 Blutung in den Bruchsack, 3 Reposition en bloc, 1 Bruchsackriß und Abriß des Mesenteriums, 3 Volvulus, 3 Reposition einer gangränösen Darmschlinge, 4 Darmrupturen, 1 Darmblutung, 2 Hernia diaphragmatica. Bei gangränösen Hernien galt die primäre Darmresektion als das Normalverfahren. In 24% von Darmnähten kam es zu Nahtinsuffizienz, in 53% von Murphyknopfvereinigung zu Kotfistelbildung. In 7 Fällen, in denen der Bruch in der Anamnese angegeben wurde, bei denen weder Repositionsversuche vorgenommen waren, noch der Bruch sichtbar war, bestanden Einklemmungen am inneren Leistenring, die diagnostisch große Schwierigkeiten boten. Zwei Fehldiagnosen kamen vor: einmal handelte es sich um ein präperitoneales Lipom, das zweite Mal bestand eine Appendicitisperitonitis im Bruchsack. Die Gesamtmortalität der 421 eingeklemmten Brüche betrug 27%. G. ist der Ansicht, daß die Mortalität durch häufigere Anwendung der Lokalanästhesie, durch Verbesserung der Operationstechnik, durch möglichst frühzeitiges Überweisen der Kranken in die Klinik und durch Aufgeben der Taxis in der Allgemeinpraxis herabgedrückt werden kann. *Kolb* (Heidelberg).[CH]

Nové-Josserand, G., et A. Rendu: Sur quatre cas de hernie congénitale de la trompe et de l'ovaire chez la petite fille. (Vier Fälle von kongenitaler Hernie der Tube und des Ovariums im Kindesalter.) Arch. provinc. de chirurg. Jg. **22**, Nr. 9, S. 543—546. 1913.

Es handelte sich um Mädchen im Alter von $1^1/_2$, 5 und $8^1/_2$ Jahren und einen Säugling von 10 Wochen. Bei dem Säugling waren die Adnexe eingeklemmt und zweimal stielgedreht, so daß sie reseziert werden mußten, während sie in den übrigen Fällen erhalten werden konnten. Jedesmal glatte Heilung durch Radikaloperation. Bevorzugung von Kindern, bis unter 5 Jahren. *Schmidt* (Tübingen).

Remsen, Charles M.: The hernial sac in its relation to concealed intestinal injuries. (Der Herniensack und seine Beziehungen zu Darmverletzungen.) Ann. of surgery Bd. **58**, Nr. 3, S. 365—372. 1913.

Mitteilung von 5 Fällen von Darmverletzungen in Brüchen. *Gelinsky* (Berlin).[CH]

Giglio, Antonino: Il trattamento delle peritoniti acute diffuse per mezzo dei grassi. Studio sperimentale. (Die Behandlung der akuten diffusen Peritonitis mit Fetten. Experimentelle Studie.) (*Istit. di med. operat., univ. Palermo.*) Ann. di clin. med. Jg. **4**, Nr. 2, S. 149—177. 1913.

Übersicht über die Anatomie des Peritoneums, die Klinik der Peritonitis und die bisher geübte Therapie. Die Mächtigkeit der Transsudationsvorgänge am Peritoneum, welche in 24 Stunden eine Flüssigkeitsmenge bewältigen können, die dem Gesamtkörpergewicht gleichkommt (Wegner), veranlaßt den Verf., die Resorptionsverhältnisse des Peritoneums einem genauern Studium zu unterwerfen. Zu den Versuchen benutzte er vorab Hunde. Die Anordnung war folgende: Anlegung einer Urinfistel, Injektion von JK-Lösung in die Bauchhöhle. In 14 bis 16 Minuten läßt sich das Jod im Urin eines normalen Tieres nachweisen. — Die Überlegung, daß ein Überzug von Fett die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums hindern könnte, führt zu weitern Versuchen: Injektion von JK, in Blutserum gelöst und mit 300 g Olivenöl emulgiert. Die Resultate lauten dahin, daß das Olivenöl die Resorption des JK um etwa $^1/_2$ Stunde verlangsamt, zudem die Ausscheidung vermindert. Nach diesen Voraussetzungen war zu untersuchen, ob durch Fette die Resorption der Toxine der Peritonitis vermindert und damit ein therapeutischer Einfluß auf letztere erreicht werden könne. Da es Verf. nicht gelang, an Hunden eine Peritonitis künstlich zu erzeugen, wurden die Experimente an Kaninchen fortgesetzt; injiziert wurde Öl und Glycerin. Die Resultate entsprachen den Erwartungen nicht. Die mit Öl und Glycerin behandelten Peritonitis-Tiere starben durchgehend früher als die Kontrolltiere mit unbehandelter Peritonitis. Bei der Sektion fand man in der Bauchhöhle der mit

Öl und Glycerin behandelten Tiere eine enorme Menge opalescierenden Exsudates und Verf. erklärt sich den schlechten Ausgang dadurch, daß er annimmt, daß dieses Exsudat, welches die Bakterien und Toxine enthält, einerseits raumbeengend wirkt, andrerseits resorbiert, durch allgemeine Vergiftung den Tod herbeiführt. Einen Wert kann die Bildung dieses Exsudates aber trotzdem haben, die Natur gibt damit ähnliche Bedingungen, wie wir sie durch ausgedehnte Spülungen des Peritonealraumes bei der akut eitrigen Peritonitis anstreben, aber der von der Natur geschaffene Vorgang ist unendlich viel schonender für den kranken Organismus, zudem viel gründlicher, weil er alle Buchten der Peritonealhöhle erreicht. Theoretisch wäre es also naheliegend, noch einen Schritt weiter zu gehen und dieses von der Natur gebildete Exsudat durch Drainage ausgiebig aus dem Körper abzuleiten. Ein zufälliges Ereignis bei einem operierten Tiere, welches spontan eine Fistel bekommen hatte, aus der das Exsudat aussickerte, und das erst am 19. Tage starb, schien nach dieser Richtung zu deuten. 7 in diesem Sinne ausgeführte Versuche ergaben jedoch keine beweisenden Resultate. *Hans Brun.*CH

Credé, B.: Antiseptische Behandlung der Peritonitis. Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 38, S. 2117—2118. 1913.

Verf. empfiehlt bei der Behandlung der diffusen Peritonitis sein seit 10 Jahren angewandtes Verfahren, durch das er eine Herabsetzung der Mortalität auf 28% erreicht habe. Das Verfahren besteht in Drainage der Bauchhöhle (ohne vorherige Eventrierung und Spülung) durch Silbergaze nach mehreren Richtungen, in örtlicher und allgemeiner Desinfektion durch Eingießung von 20—50 g 1 proz. Kollargollösung in alle erkrankten Teile der Bauchhöhle und auf alle Darmschlingen und in Bekämpfung der allgemeinen Sepsis durch Einlegen von 2—3 Kollargoltabletten (0,05) in die Gazetampons, die durch Resorption als energische intravenöse Kollargolinjektion wirken, ferner in intramuskulärer Sennatininjektion nach der Operation und in reichlicher Zufuhr von Kochsalzwasser subcutan, intravenös und als Tropfklystier, dem 50,0 10 proz. Calodallösung auf 500,0 Kochsalzwasser zugesetzt sind. *Blezinger* (Stuttgart).CH

Cantilena, A.: Deux cas de péritonite tuberculeuse traités par l'héliothérapie. (Zwei mittels Sonnenbestrahlung behandelte Fälle von tuberkulöser Peritonitis.) Pédiatr. prat. Jg. **11**, Nr. 22, S. 393—398. 1913.

Cantilena erreichte bei zwei Kindern mit ascitischer tuberkulöser Peritonitis durch systematische in seiner Klinik ausgeführte Sonnenbestrahlungen beachtenswerte Erfolge: das Exsudat ging allmählich vollständig zurück, die Temperatur wurde normal, die Durchfälle hörten auf, der Allgemeinzustand besserte sich. Zu bemerken ist, daß bei dem einen der Fälle mehrfache Punktionen erfolglos gewesen waren und auch nach Ausführung der Talmaschen Operation das Exsudat wieder zugenommen hatte. *Jung* (Straßburg).CH

Sheffield, Herman B.: Clinical interpretation of chronic abdominal enlargement in children, with especial reference to a new differential sign between rachitis and tuberculous peritonitis. (Klinische Erklärung der chronischen Vergrößerung des Bauches bei Kindern, mit besonderer Erwähnung eines neuen Unterscheidungszeichens zwischen Rachitis und tuberkulöser Peritonitis.) Med. rec. Bd. **84**, Nr. 9, S. 382—384. 1913.

Die verschiedenen Formen und Ursachen der Vergrößerung und Verlagerung der Leber, Milz und Nieren werden diagnostisch kurz besprochen, ferner die Tuberkulose des Darmes und des Bauchfelles. Bei Rachitis besteht die größte Vorwölbung des Bauches im Epigastrium, bei Peritonealtuberkulose im Hypogastrium. Der Unterschied, der an zwei Abbildungen gezeigt wird, ist besonders im Sitzen deutlich zu sehen und durch Messungen festzustellen. Eine starkgefüllte Harnblase oder eine Ovarialcyste sind vorher auszuschließen. *v. Khautz* (Wien).CH

Turnure, Percy R.: Gas cysts of the intestine. Pneumatosis cystoides intestinorum hominis. (Luftcysten des Darmes. Pneumatosis cystoides intestinorum hominis.) Ann. of surg. Bd. **57**, Nr. 6, S. 811—839. 1913.

Das bei Tieren häufige Krankheitsbild kommt beim Menschen selten vor. Verf. sammelte 49 Fälle. Die meisten enstanden nach Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwürs oder begleiteten anderweitige chronische Krankheiten des Magendarmkanales. Verschiedene Autoren nehmen bakterielle Ätiologie, andere traumatisches Emphysem, entstanden durch kleine Läsionen der Darmwand, einige cystisch degenerierte Geschwülste, andere chemische Veränderung der Lymphe als Ursache der Krankheit an. Nach Laparotomien verschwinden häufig die Gascysten, wovon man sich bei Relaparotomien überzeugte. Verf. operierte einen Fall von perforiertem Ulcus ventriculi, welcher

mit diesem Krankheitsbilde kompliziert war. Der Patient starb. Sorgfältige mikroskopische Untersuchung der Cystenwandungen. Zwischen den Cysten und unter dem Peritoneum Proliferationserscheinungen. Die Cystenwandung mit endothelähnlicher Innenbekleidung, hie und da Riesenzellen. Den positiven bakteriellen Befund nimmt Verf. als Post-mortem-Invasion an. *Holzwarth* (Budapest).[CH]

Triboulet et Decré: Tuberculose intestinale et mésentérique sans localisations thoraciques chez un nourrisson. (Darm- und Mesenterialdrüsentuberkulose bei einem Säugling ohne Lokalisation im Brustkorb.) Ann. de méd. et chirurg. infant. Jg. **17**, Nr. 13, S. 427—433. 1913.

Die Eltern des Kindes sind tuberkulös. Das Kind wurde von seiner Mutter gestillt und erhielt außerdem Kuhmilch. *Rosenberg* (Berlin).[K]

Roeder, C. A.: Report of three cases of acute angulation of the terminal ileum causing intestinal obstruction, following operation for and drainage of acute suppurative appendicitis. (Bericht über 3 Fälle von Darmverschluß wegen Abknickung des untersten Ileums, im Anschluß an die Operation und Drainage einer akuten, eitrigen Appendicitis.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169**, Nr. 9, S. 313—314. 1913.

Die Ileus-Symptome wurden stets durch einen zweiten Eingriff, eine Ileo-Sigmoideostomie behoben. *Kindl* (Kladno).[CH]

Renton, J. Crawford: Obstruction of the bowels. (Über den Darmverschluß.) Edinburgh med. journal Bd. **11**, Nr. 3, S. 237—241. 1913.

Eine bessere Prognose des Darmverschlusses läßt sich nur dadurch erreichen, daß die chirurgische Behandlung alsbald eingeleitet wird, i. e. sobald die Mittel gegen den paralytischen Ileus, wie Eserinum salicylatum, Zirbeldrüsenextrakt usw. nicht prompt die Schmerzen im Abdomen und das Erbrechen beseitigen. Die Lokalisation der Schmerzen gibt in den meisten Fällen auch einen sicheren Fingerzeig für den Sitz der Obstruktion. Wenn möglich, soll eine röntgenologische Untersuchung zu Hilfe genommen werden. Im Falle einer Striktur ist die langsame Passage des Wismutbreies an einer Stelle beweisend. In ungewissen Fällen macht Crawford einen Schnitt in der Mittellinie oder durch den rechten M. rectus. Der aufgeblähte Darm wird jedesmal eröffnet und durch möglichst sanften Druck entleert, hierauf vernäht und nach Beseitigung des Hindernisses in die Bauchhöhle reponiert. In Fällen von Obstruktion im Bereich des Colon ascendens empfiehlt sich die Coecostomie entsprechend der Kaderschen Gastrostomie. Da die Koloncarcinome hinsichtlich ihrer Ausbreitung und Metastasierung prognostisch günstig sind, so soll, wenn der Zustand des Patienten es einigermaßen erlaubt, eine Resektion vorgenommen werden. Das Paulsche und Moynihansche Darmrohr habe sich stets als sehr wirksam erwiesen. Vor dem Beginn der Äthernarkose erweist sich eine Magenspülung als vorteilhaft. *Saxinger* (München).[CH]

Pollag, Siegmund: Zur Ätiologie der Appendicitis. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 38, S. 2119—2120. 1913.

Mann, 22 Jahre alt. Vor 6 Tagen mit Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend fieberhaft erkrankt, hat Schwächegefühl, erbricht öfter. Keine Dämpfung oder Resistenz, kein Stuhl. Miktion beschwerdelos. Urin unverändert. Leukocytenzahl etwas erhöht. Temperatur steigt bis 39,1°, Druckschmerzhaftigkeit des Leibes nimmt zu. Laparotomie. Peritoneum trübe und verdickt, 100 ccm seröses, trübes Exsudat. Wurmfortsatz geknickt, ohne äußere Entzündungsanzeichen. Coecum intra operationem sugilliert und zusehends prall gefüllt. Resektion des Wurmfortsatzes, dessen Mucosa gerötet, z. T. leicht ulceriert und mit dünnem Kote belegt ist; sein Lumen der Länge nach von einer Kette von lebenden Taenia-solium-Gliedern ausgefüllt. Heilung der Operationswunde glatt. Allgemeinbefinden blieb schlecht, so daß Bandwurmkur zunächst nicht eingeleitet werden konnte. — Die Sugillation und harte Schwellung des Coecums wird auf Zusammenziehung des ganzen Bandwurms in das Coecum bezogen infolge des Reizes bei Abtragung der Appendix mit einem Teil des Parasiten. *Georg B. Gruber* (Straßburg i. E.).[M]

Tourneux, J.-P.: Un cas d'étranglement de l'appendice. (Ein Fall von Einklemmung des Wurmfortsatzes in einer Hernie.) Arch. méd. de Toulouse Jg. **20**, Nr. 17, S. 195—199. 1913.

Hinweis auf die Unterschiede zwischen Bruchsackappendicitis und Einklemmung des

Wurms in einer Hernie. Bericht über einen Fall von eingeklemmter Schenkelhernie, in welcher sich eine Dünndarmschlinge, ein Netzzipfel und die Appendix befanden. Die mikroskopische Untersuchung der Appendix ergab einwandsfrei die frischen Zeichen der Einklemmung. *von Bomhard* (München).

Dambrin: Etranglement de l'appendice hernié. (Einklemmung des Wurmfortsatzes in einer Hernie.) Arch. méd. de Toulouse Jg. **20**, Nr. 17, S. 193—195. 1913.

Bericht über einen Fall, bei welchem die Appendix in einem eingeklemmten Schenkelbruch war. Makroskopisch wie mikroskopisch fanden sich die deutlichen Zeichen der Einklemmung (keine Bruchsackappendicitis). *von Bomhard* (München).

Hueck, Otto: Über die pathologische Bedeutung von Helminthen in der Appendix. (*Pathol. Inst., Freiburg i. Br.*) Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **13**, H. 3, S. 431—474. 1913.

Santucci, A.: Appendicectomia sottosierosa. (Subseröse Appendixexstirpation.) (*Sped. d. misericord., Montevarchio.*) Clin. chirurg. Jg. **21**, Nr. 8, S. 1743 bis 1744. 1913.

In einem Fall, in welchem die Auslösung des Appendix wegen zahlreicher Verwachsungen schwierig und gefährlich war, hülste Verf. den Schleimhautzylinder desselben aus seiner muskulo-serösen Schicht aus, indem er diese vorsichtig wie einen Handschuhfinger nach dem distalen Ende zu vom Wurmfortsatz zurückschob. Die Aushülsung gelang wider Erwarten gut. Der übrige Teil der Operation wurde in bekannter Weise beendigt. Guter Heilverlauf. Verf. meint, daß selbst wenn es nicht gelingt, den ganzen Schleimhautzylinder des Wurmfortsatzes zu erhalten, etwa zurückgebliebene Schleimhautreste durch den Paquelin leicht zerstört werden können. *Herhold* (Hannover).CH

Hoosen, Bertha van: Appendix. Deciduoma malignum. (Chicago gynecol. soc., meet. 18. IV. 1913.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 4, S. 516. 1913.

Demonstrationen.

Olmsted, Ingersoll: Torsion of the caecum, ascending and half of the transverse colon; with operation and recovery. (Torsion des Coecum, Colon ascendens und des halben Colon transversum. Operation. Heilung.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3**, Nr. 9, S. 794—796. 1913.

Die Torsion dieses großen Dickdarmabschnittes war durch einen Entwicklungsfehler ermöglicht, indem dieser ganze Abschnitt nicht an normaler Stelle befestigt, sondern frei beweglich war. Das Coecum lag an der Flexura lienalis. Abtragung des bereits brandig gewordenen Dickdarms nebst einem Stück des Ileum. In die beiden Darmöffnungen wurden Drains eingebunden und nach außen geleitet. Per os eingeführte Flüssigkeit wurde nur zu $^1/_{15}$ vom Magen und Dünndarm resorbiert. Infolgedessen rascher Verfall. Nach 10 Tagen zirkulärer Verschluß der Enden und laterale Anastomose. Rasche Erholung und Heilung. *Wiemann* (Kiel).CH

Cheever, David: Etiology and significance of pericolic membranes. (Herkunft und Bedeutung der perikolitischen Häute.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 4, S. 248—251. 1913.

Diese perikolitischen Häute oder Schleier werden Jacksonsche Membranen genannt: entweder sind sie kongenital oder sie sind durch peritoneale Reizung entstanden. Die beweglichen zarten Schleier gleichen nicht Entzündungsprodukten, sie sind auch einzig auf das rechtseitige Kolon beschränkt. Während Jackson und andere Beobachter die Ansicht äußerten, daß solche Schleier bei Kindern fehlen, hat Cheever bei 30 neugeborenen Kindern vom 6. Monat bis zur Entwicklung 4 mal schleierartige Falten beobachtet. (2 Abb.) 3 mal waren gleichzeitig noch andere Entwicklungsstörungen vorhanden. Verf. nimmt an, daß diese Faltenbildung mit der Drehung des Kolons zusammenhänge, und zwar entsteht ein Schleier dann, wenn die Drehung statt nach hinten und innen, einwärts und dann rückwärts erfolgt ist. Die weichen Schleier verlangen keine operative Behandlung. Bei derb entzündlichen Verwachsungsn empfiehlt Verf. den Darm auszuschälen. *Iselin* (Basel).CH

Tosatti, Carlo: Sulla pericolite membranosa. (Über Pericolitis membranacea.) (*Istit. di clin. chirurg. operat., Parma.*) Clin. chirurg. Jg. **21**, Nr. 8, S. 1734 bis 1742. 1913.

21 jährige Frau leidet seit Jahren an Stuhlverstopfung abwechselnd mit Diarrhöe, zeitweiligem Erbrechen und Schmerzen in der rechten unteren Bauchhälfte. Druck in der unteren

rechten Bauchhälfte schmerzhaft, Gurren, Diagnose chronische Appendicitis. Bei der Laparotomie wurde ein gesunder Appendix angetroffen, das Colon ascendens war jedoch in einer Ausdehnung von 5 cm von einer gefäßreichen schleierartigen Membran umgeben. Fortnahme des Wurmfortsatzes und Fortschneiden der Adhäsionen zwischen zwei Catgutligaturen. Hierauf zunächst Verschwinden aller Beschwerden, nach 7 Monaten traten sie jedoch in alter Weise wieder auf. Darauf zweite Laparotomie und Antreffen scheinbar neugebildeter schleierartiger Adhäsionen am Colon ascendens. Resektion dieser Adhärenzen und außerdem Enteroanastomose zwischen Ileum und Colon transversum. Hierauf dauernde Heilung.

Die schleierartigen, von Jackson zuerst beschriebenen Adhäsionen halten einige Autoren für kongenitale Adhäsionen, die vom Coecum beim Herabsteigen von der Lebergegend mit heruntergezogen würden. Verf. ist Anhänger jener anderen Erklärung, wonach diese Adhäsionen Entzündungsprodukte sind infolge intestinaler Erkrankungen (Typhlitis, Kolitis, Typhus usw.). Die beste Behandlung des Leidens ist die Entfernung der Adhäsionen zwischen zwei möglichst weit voneinander entfernten Catgutligaturen mit dem Thermokauter. Ob größere Operationen, Resektionen, Anlage von Darmfisteln nötig sind, muß der einzelne Fall entscheiden. *Herhold* (Hannover).[CH]

Schachner, August: Experimental anatomic and physiologic observations bearing upon the total exstirpation of the colon. (Experimentelle anatomische und physiologische Beobachtungen in bezug auf die totale Exstirpation des Kolons.) Ann. of surgery Bd. **58**, Nr. 3, S. 346—355. 1913.

Verf. hat den Vorschlag Lanes, in Fällen von erschwerter oder ungenügender Kotpassage das ganze Kolon zu resezieren, in bezug auf die Schwierigkeiten seiner Ausführung an Hunden experimentell geprüft, und zwar besonders die Art der Vereinigung zwischen Ileum und Kolon. Die Versuche hatten die End-zu-End-, Seit-zu-Seit- und End-zu-Seit-Vereinigung zum Gegenstand. Bei der End-zu-End-Vereinigung benutzte er wegen der ungleichen Weite der Lumina ein Invaginationsverfahren, indem er zunächst nur eine Hälfte beider Darmenden mittels durchgreifender Naht vereinigte und dann die lang gelassenen Fäden am Mesenterialansatz und der diesem gegenüber gelegenen Seite 2 Zoll von der Nahtlinie entfernt von innen her durch die Wand des Kolons stach und anzog. Dann wurde die zweite Hälfte der Darmlumina durch die Naht vereinigt und schließlich durch eine fortlaufende Serosa-muscularis-Naht die Invagination gesichert. Die Zugfäden wurden dicht am Darm abgeschnitten, ihre punktförmigen Öffnungen mit 95 proz. Carbolsäure und dann mit Alkohol betupft und durch ein oder zwei Lembertnähte eingestülpt. Bei der Seit-zu-Seit-Anastomose wurde das blinde Ende des zuführenden Darmschenkels entweder unnötig lang oder ganz kurz gestaltet. Die End-zu-Seit-Vereinigung wurde mittels Invagination oder in der gewöhnlichen Weise vorgenommen. Auf Grund seiner Versuche kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die End-zu-End-Vereinigung die vollkommensten funktionellen Resultate gibt. Auch die Infektionsgefahr bei der Operation schätzt er nicht höher als bei den anderen Methoden. Bezüglich der Symptome und der pathologischen Anatomie der intestinalen Stasis verweist Schachner auf die Arbeiten Lanes und Chapples (Brit. med. journ. 12. April 1911). Genauere Indikationen für die totale Exstirpation des Kolons werden nicht aufgestellt. *Brentano* (Berlin).[CH]

Hruby, Eduard: Beiderseitige anormale Fixation der Dickdarmflexur. (*I. intern. Univ.-Klin., Budapest.*) Pest. med.-chirurg. Presse Jg. **49**, Nr. 38, S. 309—311. 1913.

Bei der klinischen Untersuchung fiel auf eine Mittenlagerung der Leber und beiderseits unter dem Zwerchfell in gleicher Höhe tympanitischer Darmschall. Lungen frei, Herz o. B., Zwerchfell beweglich. Die Röntgenuntersuchung erwies die beiden Tympaniestellen als die Leber- und Milzflexur des Dickdarmes, abnorm hoch gelagert und beiderseits gleich, in den Zwerchfellkuppeln. Querkolon hing ganz weit bogenförmig unter dem Nabel mit seiner Mitte bis fast an die Symphyse heran. Magen langgestreckt, Magenblase fast median gelegen. Fundus bis unter den Nabel. Die abnorm gelegenen Flexuren scheinen fixiert. Literatur. *Weichert.*[CH]

Douglas, John: Diverticulitis of the sigmoid. (Diverticulitis des S romanum.) Ann. of surgery Bd. 58, Nr. 3, S. 356—364. 1913.

Entzündungen, ausgehend von Graserschen Divertikeln, sind in den letzten Jahren besonders in den Vereinigten Staaten mit zunehmender Häufigkeit beobachtet

worden. In leichten Fällen bestehen Verdauungsstörungen mit unangenehmen Sensationen in der linken Unterbauchgegend, in schweren, mit akuten Erscheinungen, Symptome, die an Appendicitis erinnern, nur mit Schmerzen links statt rechts. Bei der Operation kann ein Carcinom vorgetäuscht werden.

Verf. teilt den Fall eines 40jährigen Mannes, mit der seit 2 Jahren Beschwerden hatte. Bei der Operation fand sich eine Geschwulst des unteren S romanum. Resektion, End-zu-End-Anastomose (wegen Kürze des abführenden Schenkels blieb keine andere Wahl), Drainage. Nach Kotfistel Heilung. Das Präparat wies ein Divertikel auf, das in einen im Gekröse liegenden Absceß führte. *Burckhardt* (Berlin).CH

Hausmann, Theodor: Die verschiedenen Formen des Coecum mobile. (*Med. Poliklin., Rostock.*) Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **26**, H. 4, S. 596 bis 616. 1913.

Verf. unterscheidet drei Arten von Coecum mobile: 1. Das Coecum mob. infolge eines langen Mesenterium commune; in solchen Fällen läßt sich das Coecum bei der Laparotomie ohne Schwierigkeiten weit aus der Bauchhöhle hervorziehen. 2. Das Coecum mobile infolge schlaffen, lockeren retrocöcalen Gewebes und kurzen dehnbaren Mesenteriums; diese Form ist den Chirurgen von den Gleitbrüchen her bekannt. 3. Das Coecum mobile bei kurzem cöcalem Mesenterium, wenn gleichzeitig das Mesenterium des Ascendens und der Flexura hepatica lang ist. Diese letzte Form gestattet eine ausgiebige Verschiebung des Ascendens und der Flexura hepatica nach links, wobei das Coecum eine Drehung um seine Längsachse erfährt, derart, daß seine Kuppe nach rechts gerichtet ist und seine Längsachse von rechts unten nach links oben verläuft; sie wird wegen des kurzen cöcalen Mesenteriums von den Chirurgen häufig verkannt. Da sie aber erhebliche Beschwerden verursachen kann, so befürwortet Verf. eine operative Behandlung derartiger Fälle. Um die Sachlage richtig zu beurteilen, darf man sich aber bei der Laparotomie nicht damit begnügen, allein die Länge des Cöcalmesenteriums zu prüfen, sondern man muß auch die Fixationsverhältnisse der Flexura hepatica und des Colon ascendens berücksichtigen. *Neupert* (Charlottenburg).CH

Faure, J.-L., et Bernard Desplas: Fibrome pur du caecum. (Echtes Fibrom des Coecums.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 72, S. 721—722. 1913.

Ein großer, derber Tumor auf glatter Oberfläche bei einer 24jährigen Patientin, der als Fibrom des Uterus angesprochen wurde, erwies sich bei der Operation als eine kindskopfgroße Geschwulst, die vom Coecum bedeckt und von diesem nicht zu isolieren war. Der obere Pol lag im kleinen Becken und hatte den Uterus in Retroversion gedrängt. Die Genitalorgane waren ganz normal. Durch Resektion des Colon ascendens zwei Querfinger oberhalb des Tumors sowie des Ileum 10 cm oberhalb der Klappe wurde der Tumor exstirpiert. Er erwies sich als ein superitoneales, intraparietal entwickeltes reines Fibrom ohne Muskelfasern und ohne sarkomatösen Charakter. Die Schleimhaut des Coecums war intakt; das Gewicht des Tumors betrug 700 g. Heilung. Besprechung ähnlicher Fälle aus der Literatur; die dort angeführten Tumoren waren z. T. gestielt und gingen spontan per vias naturales ab. *Hochheimer.*CH

D'Arcis, H.-E.: Les polypes du rectum chez les enfants. (Rectumpolypen im Kindesalter.) Rev. méd. de la Suisse rom. Jg. **33**, Nr. 9, S. 699—702. 1913.

Mitteilung eines solchen, einen 6jährigen Knaben betreffenden Falles. Die Häufigkeit der Rectumpolypen im Kindesalter, welche im Alter von 3 Monaten bis zu dem von 7 Jahren beobachtet sind, schwanken nach den Angaben von Bokay zwischen 1 : 2000 und denen von Kronenberg von 1 : 25000. Die Blutungen sind durch Torsionserscheinungen des Stieles bei der Defäkation bedingt. Sie sollen stets zu digitaler und Spiegeluntersuchung Veranlassung geben. Exstirpation nach Abbindung des Stieles ist die beste Heilmethode. *Stettiner* (Berlin).CH

Summers, John E.: Surgical aspects of intestinal stasis, from an anatomic point of view. (Chirurgische Ansichten über Kotstagnation, vom anatomischen Gesichtspunkt.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 9, S. 639—642. 1913.

Summers untersuchte seine Patienten trotz ablehnender Stellung der Anatomen auf die von Lane, Jackson angegebenen kongenitalen, peritonealen Bänder und Mem-

brane und fand in der Bauchhöhle jedes Patienten eine Membrana pericolica nach Jackson, wenn nicht rechts, dann links. S. nimmt an, daß die Bänder nützlich sind, den Darm stützen und Stagnation verhindern. Verliere aber der Darm (Coecum, Colon ascendens) infolge chronischer Toxämie seinen Muskeltonus, dann könnten die Membrane den Darm in seiner Funktion hemmen, ihn knicken, und dadurch komme es zur Darmstagnation. Lassen sich die meist erst beim Erwachsenen auftretenden Beschwerden nicht durch Diät und den Gebrauch mechanisch wirkender Laxantien wie Paraffin beeinflussen, dann komme die chirurgische Therapie in Frage: Lanes Ileosigmoidostomie, Anlegung einer Fistel des Coecums (Gibson) zur Irrigation des Kolons, Ausschaltung des Kolons (Monprofit), wobei das obere Ileumende in das Colon pelvinum oder das Sigmoid implantiert wird. Bei mobilem Coecum und Sigmoideum hält S. die Anastomose der beiden für die einfachste Operation. Auch das Coecum mobile bilde sich, wenn der Darm nicht durch eine Membrana parietocolica gestützt werde. Fältelung und Aufhängung des Coecums diene zur Korrektion des Coecum mobile. Anatomisch bezeichne eine weiße Linie an der hinteren seitlichen Wand des Abdomens die Vereinigungsstelle der Membrana pericolica (Kolonperitoneum) mit dem parietalen Peritoneum. *Gebele* (München).CH

● **Thöle, F.: Chirurgie der Lebergeschwülste.** Stuttgart: F. Enke. 1913. XVI, 374 S. M. 14.—.

Konjetzny, Georg Ernst: Über anomale ligamentäre Verbindungen der Gallenblase und ihre klinische und pathologische Bedeutung. (*Chirurg. Univ.-Klin., Kiel.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 39, S. 1586—1587. 1913.

Eine bandartige Verbindung der Gallenblase mit dem Colon transversum kann angeboren oder entzündlichen Ursprungs sein. Die Zugwirkung und Zerrung, welche das Kolon durch Vermittlung eines solchen Ligamentum hepatocolicum auf die Gallenblase ausüben muß, kann durch Abknickung des Gallenblasenhalses zur Stauung des Gallenblaseninhaltes führen und Kolikanfälle, aber auch dauernde Stauung und Steinbildung veranlassen. Es kann aber auch das Duodenum abgeschnürt werden, wodurch Erscheinungen einer Pylorusstenose entstehen. Drei selbst beobachtete Fälle werden zur Bestätigung der Möglichkeit dieser Wirkungen des Ligamentum hepatocolicum mitgeteilt. *Moszkowicz* (Wien).CH

Haberer, H. v.: Akute Pankreasnekrose. (*Chirurg. Klin., Innsbruck.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 38, S. 1532—1536. 1913.

Klinischer Vortrag mit Berücksichtigung von eigenen Erfahrungen, die bei 7 Fällen gemacht wurden, von denen 3 trotz Operation gestorben sind, zwei operativ geheilt wurden und 2 ohne Operation genasen. v. Haberer glaubt, daß von der Operation vielleicht jene Fälle ausgeschlossen werden können, die nach dem 4. oder 5. Tage in die Hände des Chirurgen kommen, wenn zu dieser Zeit der Puls noch gut und langsam ist. Die gute Herztätigkeit könne dann als ein für die Spontanheilung günstiges Symptom angesehen werden. Drains und Tampons sollen möglichst lange liegen gelassen werden, eine Kolostomie wird als überflüssig angesehen. *Moszkowicz* (Wien).CH

Mader, A. R.: Retroperitoneal haematoma as a cause of intestinal obstruction. (Retroperitoneales Hämatom als Ursache von Darmverschluß.) Canad. med. assoc. journal Bd. **3**, Nr. 9, S. 788—791. 1913.

Hinter Coecum und Colon ascendens gelegenes Hämatom, wahrscheinlich durch Anspießung eines kleinen Gefäßes seitens einer verschluckten Gräte entstanden. Drainage. Heilung. Bemerkungen über Entstehung, Diagnose und Behandlung der retroperitonealen Hämatome. *Wiemann* (Kiel).CH

Harnorgane:

● **Blumenthal, Ferd.: Handbuch der speziellen Pathologie des Harns.** Wien: Urban u. Schwarzenberg. 1913. VIII, 492 S. M. 15.—.

Trembur, F.: Neuere, insbesondere röntgenologische und cystoskopische Befunde bei erwachsenen Enuresis-nocturna-Kranken. (*Garnisonlaz. Köln a. Rh.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 37, S. 1494—1497. 1913.

Trembur hat 13 Soldaten, die an Enuresis nocturna litten, ganz genau unter-

sucht und Röntgenaufnahmen vom Kreuzbein sowie Cystoskopien vorgenommen. Bei sehr vielen Patienten fand er Sensibilitätsstörungen (Thermhypästhesie, Thermanästhesie, Hypalgesie) an den unteren Extremitäten, Spina bifida occulta und Trabekelblase. Die Enuresis nocturna der Erwachsenen dürfte auf eine Hemmungsbildung des untersten Rückenmarksabschnittes (Myelodysplasie) zurückzuführen sein. *Dunzelt.*[M]

Thomson, John: Infection of the urinary tract in children by the colon bacillus. (Die Koliinfektion der Harnwege bei Kindern.) Lancet Bd. **185**, Nr. 4694, S. 467—468. 1913.

Thomson hatte Gelegenheit, 71 Fälle zu beobachten. Die Infektion kam immer nur bei Vorhandensein prädisponierender Momente zustande. Ohne diesen werden die Bacillen von den Harnwegen hinausgeschwemmt . Kongenitale Hydronephrose, erweiterte Ureteren, hypertrophische Blase (?) begünstigen die Infektion in den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt. Im allgemeinen ist die Erkrankung in den zwei ersten Lebensjahren doppelt so häufig als später und zeigt besondere Neigung namentlich bei Knaben zum Übergang in Tuberkulose. Das Auftreten nach Darmkrankheiten ist bei Knaben häufiger, die primäre akute Pyelitis bei Mädchen. Die Erkrankung äußert sich in schmerzhaftem, mit Unterbrechungen einhergehendem Urinieren, eiterigem, blutigem, sehr übelriechendem Harn. Hohe Temperaturen mit remittierendem Typus, Delirien, hartnäckige Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Die Nieren werden in die Erkrankung mit einbezogen und erschweren das Bild. Therapie: Viel Flüssigkeitsaufnahme, Alkalisierung des Harns, Darreichung von Harnantiseptica, Serum oder vaccine Therapie. Über letztere hat Verf. keine eigenen Erfahrungen.

Ràskai (Budapest).[CH]

Barth, A.: Über chirurgische Behandlung der Anurie. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 6, S. 588—599. 1913.

Verf. teilt seine Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der Anurie an der Hand von 9 von ihm behandelten Fällen mit. Relativ häufig wird Anurie bei Fällen von Solitärniere beobachtet, bei der kongenitalen Solitärniere wie nach operativem Verlust einer Niere. Die Solitärniere antwortet auf ganz geringfügige Anlässe mit Einstellung der Funktion. Meist sind akute infektiöse Prozesse in der Niere daran schuld. Zur Beseitigung der Anurie genügt hier oft ein kleiner querer oder Konvexrandeinschnitt und Drainage des Nierenbeckens, wodurch die Gefahren der totalen Nierenspaltung vermieden werden. Ungleich schwieriger als die Beurteilung der Anurie, wenn es sich um eine Solitärniere nach früher stattgehabter Nephrektomie handelt, ist dieselbe, wenn eine Sistierung der Harnsekretion eintritt, ohne daß über den Zustand der beiden Nieren etwas Sicheres bekannt ist. Der Harnleiterkatheterismus versagt oft, weil aus dem Katheter nichts ausfließt. Es fragt sich zunächst, ob es sich um eine sekretorische oder exkretorische Anurie handelt, d. h. ob ein Hindernis für die Sekretion des Nierenparenchyms oder ein Hindernis für den Harnabfluß innerhalb des Nierenbeckens vorliegt. Für erstere kommen nephritische Prozesse aller Art in Betracht (Eklampsie, Scharlachnephritis, toxische Nephritis nach Vergiftungen, besonders Sublimatvergiftung). Verf. empfiehlt für solche Fälle die Entkapselung der Niere nach Edebohls oder die Nierenspaltung nach Harrison. Die Erfolge bei der Eklampsie sind wenig gut, was sich wohl dadurch erklärt, daß Nephritis und Anurie hier nur die Teilerscheinungen einer schweren Allgemeinvergiftung sind. Die Ursache der exkretorischen Anurie liegt gewöhnlich in einem Steinverschluß des Harnleiters. Es liegen hier drei Möglichkeiten vor, entweder fehlt die andere Niere infolge kongenitaler Aplasie oder Zerstörung, oder es besteht ein Steinverschluß auch des anderen Harnleiters, oder die Niere dieser Seite befindet sich im Zustande der reflektorischen Anurie. Die reflektorische Anurie ist wohl nur bei funktionsschwacher kranker Niere möglich. Eine Nephrektomie darf daher bei reflektorischer Anurie nicht in Betracht gezogen werden. Die Frage, auf welcher Seite man bei Steinanurie zu nephrotomieren hat, wird man im allgemeinen aus den anamnestischen Angaben über die voraus-

gegangenen Koliken, aus der Lokalisation des Druckschmerzes, gegebenenfalls aus dem Nachweis eines Nierentumors oder während des Kolikanfalles aus der reflektorischen Bauchdeckenspannung der befallenen Seite entscheiden können. An Stelle des häufig versagenden Harnleiterkatheterismus wird die Röntgenuntersuchung bisweilen nützen. In zweifelhaften Fällen muß von der frühzeitigen Nephrotomie der ausgiebigste Gebrauch gemacht werden. Denn die Erfahrung lehrt, daß bei der Steinanurie der Erfolg der Nephrotomie in erster Linie vom Zeitpunkt der Operation abhängt: die Frühoperation gibt gute, die Spätoperation schlechte Resultate. Auch dort, wo kein Stein vorhanden ist, bei der sekretorischen Form, die häufig von der Steinanurie nicht sicher unterschieden werden kann, ist die Nephrotomie oft imstande, die Anurie zu beseitigen. *Oehler* (Freiburg i. Br.).CH

Schoenlank, Werner, Zur Kenntnis der Dystopia renis sagittalis et transversa. (*Anat. Inst., Univ. Zürich.*) Gegenbaurs morphol. Jahrb. Bd. **45**, H. 4, S. 497 bis 521. 1913.

Für die Verlagerung der Niere ist ein charakteristisches Symptombild nicht aufzustellen, da sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keine Erscheinungen macht. Auch in dem vom Verf. mitgeteilten Falle handelt es sich um einen rein zufälligen Sektionsbefund, nämlich eine linksseitige „Beckenniere", eine Dystopia transversa incompleta et sagittalis. Graduell lassen sich verschiedene Formen von Beckennieren unterscheiden: Ren mobilis, Ren iliosacralis, Ren sacralis. Prinzipiell sind zwei Formen, die primäre und die sekundäre Beckenniere, zu unterscheiden. Die Art ihrer Gefäßversorgung ist eine verschiedene. Bei der sekundären Beckenniere entspringen die Nierenarterien in normaler Höhe, da das Organ ursprünglich normal gelagert war, während sich bei der primären Form tiefe Ursprünge finden, in seltenen Fällen sogar von der Arteria sacralis media. Eine Verlagerung der Nebennieren findet sich bei keiner Art von Beckenniere. Verf. teilt 11 in der Literatur niedergelegte Fälle von Dystopia renis transversa mit, aus denen hervorgeht, daß die linke Seite bevorzugt ist. *Oehler* (Freiburg i. Br.).CH

Lajoscade, Emile: The pathogenesis of hydronephrosis occurring in congenital defects of the kidney. (Die Pathogenese der Hydronephrose infolge von kongenitalen Nierenanomalien.) Americ. journal of urol. Bd. **9**, Nr. 8, S. 373 bis 380. 1913.

Man muß unterscheiden zwischen kongenitaler Hydronephrose im engeren Sinne, also einer Hydronephrose, die von Geburt an besteht, und Hydronephrose auf Grund angeborener Anomalien, die erst im späteren Leben durch Hinzutreten sekundärer Schädigungen in die Erscheinung tritt. Zu letzterer Art gehören erstens Hydronephrosen bei Nieren mit kongenitaler Dystopie, die allerdings selten sind, weil die Hauptursache der Hydronephrose, die abnorme Beweglichkeit, solchen Nieren meist abgeht. Derartige Nieren sind vielmehr besonders gut befestigt, wodurch andererseits Hydronephrosenbildung durch Kompression des Ureters gegen das Kreuzbein begünstigt wird. In seltenen Fällen können aber auch kongenital verlagerte Nieren durch Trauma, in der Gravidität oder intra partum mobil werden, dann ist die Gefahr der Hydronephrose besonders groß, weil der Ureter wegen seiner Fixation leichter abgeknickt wird als bei normal gelagerter Niere. Abknickung des Ureters kommt besonders leicht zustande, wenn die dystopische Niere eine horizontale Lage (der untere Pol nach innen gedreht) gewinnt oder eine Rotation um die transversale Achse erleidet. Bei den Rotationen sind es vor allem abnorme, hinter dem Anfangsteil des Ureters zum unteren Nierenpol verlaufende Arterien, die die Abknickung des Ureters bedingen. Überhaupt können abnorme Gefäße schon dadurch zur Hydronephrose führen, daß sie an der Kreuzungsstelle mit dem Ureter einen dauernden, Ureteritis und Periureteritis verursachenden Reiz ausüben. Schließlich kann die Hufeisenniere zu Hydronephrose Anlaß geben, weil bei ihr der Ureter halbkreisförmig über den Isthmus des Doppelorgans ziehen muß. Dazu kommt, daß der Ureter wegen der Lage der Hufeisenniere vor der Wirbel-

säule äußerem Drucke nicht ausweichen kann. In der Regel müssen aber bei der Hufeisenniere noch besondere Umstände hinzukommen, um die Hydronephrose zu ermöglichen. Gewöhnlich ist die Genese so, daß die Entleerung des Nierenbeckens wegen des bogenförmigen Ureterverlaufs erschwert ist, wodurch eine leichte Spannung im Nierenbecken eintritt. Diese Spannung führt zu chronischer Bindegewebsentzündung in der Nierenbeckenwandung und zur Bildung schrumpfender und stenosierender Stränge um den Ureter herum. So wird allmählich aus der offenen oder intermittierenden eine geschlossene Hydronephrose. Hydronephrosen infolge Mobilisierung und Wanderung der Hufeisenniere sind selten, werden aber gelegentlich durch den Geburtsakt eingeleitet. *Kempf* (Braunschweig).CH

Harbitz, Francis: Über spontane Heilbarkeit von Nierentuberkulose. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Christiania.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 6, S. 582 bis 587. 1913.

Als Nebenbefunde wurden bei einigen Sektionen abgekapselte, offenbar ausgeheilte tuberkulöse Herde in den Nieren gefunden. (Meerschweinchenversuche sind nicht gemacht.) — Verf. weist ferner auf das häufige Zusammentreffen von Mißbildungen der Harnwege mit Nierentuberkulose oder anderen Erkrankungen der Niere hin.

Oehlecker (Hamburg).CH

Kapsammer, G.: Tuberculosis of the kidney. (Nierentuberkulose.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 3, S. 499—529. 1913.

Unter 20 770 Autopsien des Wiener allgemeinen Krankenhauses fand Kapsammer in 1% Nierentuberkulose, und zwar erheblich häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht; dagegen wird die Nierentuberkulose beim Weibe häufiger diagnostiziert und operiert. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist sie einseitig (unter 62 Fällen des Verf. 48 mal). Entgegen der allgemein verbreiteten Annahme, daß die rechte Niere häufiger als die linke befallen ist, fand K. gleichhäufige Affektion der beiden Seiten. Bezüglich des Infektionsmodus fand K. unter 62 Fällen nur in einem die Möglichkeit der ascendierenden Infektion gegeben, in allen übrigen Fällen handelte es sich um hämatogene Infektion mit descendierender Infektion von Ureter und Blase. Ausführliche Erörterung von Symptomatologie und Diagnostik; unter den Frühsymptomen sind seine Beobachtungen über Pollakurie und Hämaturie beachtenswert. Fieber beobachtete er selten; wenn es vorhanden war, hatte es meist seine Ursache in Mischinfektionen. Hinsichtlich der Diagnostik ist von Interesse die Tatsache, daß von den 191 Fällen von Nierentuberkulose, die K. unter 21 000 Autopsien fand, nur 2 Fälle diagnostiziert waren. Von der diagnostischen Katheterisierung des gesunden Ureters sah er in keinem von 50 Fällen eine Schädigung. Die einzige rationelle Therapie der unilateralen Nierentuberkulose ist die Nephrektomie mit oder ohne Ureterektomie und mit entsprechender Nachbehandlung der Blasentuberkulose. *Albrecht* (München).

Schnitzler, Julius: Über metastatische Eiterungsprozesse in der Niere und um die Niere. (*Krankenh. Wieden.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63**, Nr. 39, S. 2551 bis 2556. 1913.

Nach Schnitzler können Nierenabscesse und deren Konsequenzen entstehen, sooft Eiterbakterien im Blut vorhanden sind. Furunkel sind als ätiologische Grundlage sehr häufig. Was die Prädilektion der Niere für die Entstehung metastatischer Rindenabscesse betrifft, so legt S. Wert auf das traumatische Hilfsmoment, während Rehn betont, daß die Schädigung der Niere durch das Staphylokokkentoxin ohne weiteres die Prädilektion schaffe. Die behandelten Fälle multipler metastatischer Abscedierungen der Niere, bei denen es noch nicht zum Durchbruch des Eiters in das die Niere umgebende Gewebe gekommen ist, sind nach Verf. selten. 2 eigene Beobachtungen werden mitgeteilt. In der Regel komme es zur Bildung paranephritischer Abscesse, 14 Fälle hat S. operiert. Für den Operateur sei zweifellos die Operation im späteren Stadium, wenn der Eiter schon die fibröse Kapsel durchbrochen hat, bequemer. Im Interesse des Kranken liege aber Frühdiagnose und Frühoperation. Die Frühdiagnose der Paranephritis lasse sich durch entsprechende Berücksichtigung der Anamnese (Furunkel!), Nachweis roter Blutkörperchen (Israel) und Staphylokokken im Urin, lokale Druckempfindlichkeit, ev. lokales Ödem, Leukocytose und das Resultat der chromocystoskopischen Untersuchung ermöglichen. *Gebele.*CH

Graef: Fälle von Grawitzschem Nierentumor. (Ärztl. Verein, Nürnberg, Sitzg. v. 7. VIII. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 44, S. 2486. 1913.

48jähriger Mann erkrankt plötzlich an Hämaturie. Leichte Druckempfindlichkeit der linken Nierengegend. Im Röntgenbild deutliche Vergrößerung des linken Nierenschattens. Ureterenkatheterismus liefert beiderseits fast gleich große Urinmengen ohne Blutbeimengung. Linke Niere wird exstirpiert, ist völlig in einen Tumor umgewandelt, nur der untere Pol war noch frei. Normaler Heilverlauf. Biologische Untersuchung des Tumors ergibt das Bild des Grawitzschen Tumors. Entstehung, Histologie, Diagnose und operative Dauerresultate dieser Tumoren werden besprochen. *Runge* (Berlin).

Haberern, Jonathan Paul: Fremdkörper in der Niere. (*Hauptstädt. Krankenh. St. Rochus, Budapest.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **213**, H. 2/3, S. 373—379. 1913.

Eindringen eines 2 cm langen blechernen Sprengstückes in die linke Niere. Zwölfstündiger Bewußtseinsverlust, Blutharnen während eines halben Tages, sonst kein Symptom, insbesondere völliges Fehlen von Schmerzen. 3 Wochen später nach Anstrengung neuerdings Hämaturie, röntgenologisch Nachweis eines Schattens in der linken Niere. Nephrotomie und Entfernung des Fremdkörpers, Heilung. Verf. bespricht die Symptome der Nierenverletzungen, den Shock, den Schmerz, die Hämaturie und den Heilungsvorgang durch Einkapselung des Fremdkörpers in derbes Bindegewebe. *A. Heineke* (Badenweiler).[×]

Abell: Renal and ureteral calculi. (Nieren- und Uretersteine.) Ky. med. journal Bd. **11**, S. 406. 1913.

Der Arbeit liegen Abells persönliche Erfahrungen in 24 Fällen von Nieren- und Uretersteinen zugrunde. Hämaturie bestand in 21, typische Nierenkolik in 17, gesteigerter Urindrang in 11, Pyurie in 10 Fällen. Röntgenographie ergab bei 17 von 19 untersuchten Fällen positiven Befund; in den 2 negativen Fällen wurden nachträglich Steine gefunden. Spontane Entleerung von Steinen erfolgte in 6 Fällen. In jedem Falle wurde die funktionelle Nierenuntersuchung genau durchgeführt. Verf. fordert, daß Steine, deren Kleinheit einen spontanen Durchgang durch die natürlichen Harnwege erwarten läßt, bis zu ihrer Entleerung in regelmäßigen Zwischenräumen mit Röntgenstrahlen kontrolliert werden; vermehrte Diurese beschleunigt ihren Durchtritt. Wenn sie im Ureter festsitzen, können sie oft mit dem Ureterkatheter gelockert und ihre Ausstoßung durch Einspritzen von Olivenöl in den Ureter erleichtert werden. Große Steine sollen stets durch die entsprechende Operation entfernt werden; auch wenn Schmerzen fehlen, ergibt sich aus ihrer Anwesenheit immer die Gefahr des Verschlusses, der Infektion und der Anurie. *Henry L. Sanford.*[CH A]

Blum, Viktor: Über den therapeutischen Harnleiterkatheterismus. (*Wien. allg. Poliklin.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 27, S. 1661—1666. 1913.

Verf. betont nach Schilderung des verschiedenartigen Auftretens der Hydronephrose (bald alleinige Erweiterung des Nierenbeckens, bald Erweiterung des Calyces mit Druckschwund des Drüsenparenchyms), daß nur solche Nieren mit Erfolg der Therapie durch den Ureterenkatheterismus zu unterziehen sind, welche noch reichlich gesundes Parenchym enthalten. Es muß deshalb bei jeder vermuteten Hydronephrose eine Prüfung der Funktionsfähigkeit des restierenden Parenchyms vorgenommen werden. Zur Entscheidung dieser Frage reicht die Pyelographie allein nicht aus. Die therapeutische Anwendung des Ureterenkatheterismus bei Harn- und Eiterstauungen im Nierenbecken erstreckt sich vornehmlich auf vier Gruppen von Krankheitsfällen: 1. Anurie (oder besser Retentio urinae renalis) bei Steineinklemmung im Ureter, jedoch nur bei einseitigem Steinverschluß. Bisweilen gelingt es, mit dem Harnleiterkatheter hinter den okkludierenden Stein zu kommen. Injektion von Öl oder Glycerin in den Ureter, die durch Anwendung des Verweilkatheters erzielte Dilatation des Ureters können die Ausstoßung der Konkremente erleichtern. 2. Kongenitale und erworbene Hydronephrosen und Hydroureter: besonders erfolgreich ist der Nierenbeckenkatheterismus bei den akuten Harnstauungen bei Wandernieren, kombiniert mit der manuellen Reposition der herabgesunkenen ptotischen Niere. Oft genügt schon ein einmaliger Katheterismus des Nierenbeckens zu dauernder Ausheilung des Leidens. 3. Pyelitis, Pyelonephritis und namentlich Schwangerschaftspyelitis: die Entleerung des erweiterten Nierenbeckens mit nachfolgender Spülung desselben mit einer indifferenten

Flüssigkeit gibt oft auffallend rasche und gute Resultate. 4. Als Vorbereitung der chirurgischen Eingriffe in Fällen von Pyelitis calculosa und der gynaekologischen Operationen. Der therapeutische Ureterenkatheterismus ist demnach bisweilen imstande, chirurgische Eingriffe, wie Nephrotomie, Ureterolithotomie usw. zu ersetzen.
Oehler (Freiburg i. B.).CH

Primbs, Karl: Untersuchungen über die Einwirkung von Bakterientoxinen auf den überlebenden Meerschweinchenureter. (*Chirurg. Univ.-Klin. u. physiol. Inst., Straßburg.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 6, S. 600—622. 1913.

Zunächst gibt Verf. eine übersichtliche Schilderung unserer Kenntnisse über die Tätigkeit und Funktion der Ureteren. — Bei der Koli-Pyelitis werden meistens die schweren Krankheitssymptome durch Stauung im Nierenbecken hervorgerufen. Die Ureterfunktion ist hier offenbar durch Bakteriengifte geschädigt. Auf Veranlassung von v. Lichtenberg wurden folgende Experimente angestellt: Von getöteten Meerschweinchen wurde sorgfältig die linke Niere mit Ureter und einem Stück Blase herauspräpariert und in Ringersche Lösung (40°—44°) gebracht. Die Ureterkontraktionen wurden durch eine feine Hebelvorrichtung registriert. Hinzugefügte starke Toxinmengen brachten ein Aufhören der Ureterkontraktionen; sehr schwache Giftlösungen hatten eine reizende, oft krampfauslösende Wirkung. *Oehlecker* (Hamburg).CH

Klieneberger, Carl: Kasuistische Mitteilungen. 1. Zur Diagnostik der Miliartuberkulose. 2. Zur Diagnostik von Uretersteinen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **20**, H. 6, S. 590—591. 1913.

Zur Röntgendiagnose der Miliartuberkulose macht K. darauf aufmerksam, daß die einzelnen Tuberkel sich allerdings abbilden, daß auch ihre Vergrößerung der Tüpfel auf Etappenaufnahmen nachweisbar ist. Als charakteristisch gehört aber noch dazu eine feine Marmorierung oder netzartige Zeichnung, bedingt durch Flächenprojektion infiltrierter und nichtinfiltrierter Lungenpartien, bei allgemeiner gleicher Verschattung. Da auch bei disseminierter Tuberkulose, besonders bei gleichzeitigem Hautemphysem, ähnliche Bilder erhalten werden, so ist die Diagnose aus dem Bild allein nicht absolut sicher. — Bei nicht eingekeilten Nieren- und Uretersteinen können Intervallaufnahmen den Nachweis der Ortsveränderung bringen. *Grashey* (München).CH

Trebing, Johannes: Über Kollargol bei Cystitis. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 38, S. 1841—1842. 1913.

Verf. empfiehlt Kollargol zur Behandlung von Cystitiden verschiedener Provenienz; nach Auswaschung der Blase mit indifferenter Flüssigkeit werden 100 ccm der 1 proz. körperwarmen Kollargollösung injiziert und möglichst lange in der Blase belassen. Höhere Konzentrationen der Kollargollösung bis zu 3% sind erlaubt. Die Behandlung ist eine völlig schmerzlose. Die besten Resultate werden mit Kollargol bei der akuten gonorrhoischen Cystitis erzielt, es hat sich aber auch bei der Behandlung von Kolicystitiden vortrefflich bewährt. Das Kollargol hat gegenüber der Argentumbehandlung den großen Vorzug, in den angegebenen Konzentrationen für die entzündete Blasenschleimhaut schmerz- und reizlos zu sein. *Oehler* (Freiburg i. B.).CH

Kidd, Frank: Purpura of the bladder. Report of a case with a description of the cystoscopic appearances. (Purpura der Blase. Bericht über einen Fall mit Beschreibung der cystoskopischen Erscheinungen.) Ann. of surgery Bd. **58**, Nr. 3, S. 388—394. 1913.

Ein 12jähriges Mädchen erkrankte einige Tage nach Beginn einer Angina mit Dysurie und starker Harnblutung, sowie Schmerzen in der linken Regio iliaca. Die Cystoskopie ergab zahlreiche kleinere und größere submucose Hämorrhagien im Fundus und im Trigonum der Blase. Es bestand noch eine Angina follicularis. Keine bakteriologische Untersuchung der Angina und des Blutes. Geheilt entlassen. Die Blutungen der Blasenschleimhaut sind in Analogie zu setzen mit den Haut- oder Schleimhautblutungen bei anderen Infektionskrankheiten (toxische Schädigung der Gefäßwände). Verf. hat in der Literatur keinen Fall gefunden, in dem eine cystoskopische Beschreibung dieser Affektion gegeben wird und in dem die Purpura lediglich auf die Blase beschränkt war. *W. Israel* (Berlin).CH

Kirkpatrick, H., and E. W. C. Bradfield: Notes on a case of hypertrophy of the bladder in a child. (Blasenhypertrophie bei einem Kind.) Lancet Bd. **2**, Nr. 11, S. 799—800. 1913.

Ein Hindumädchen von 7 Jahren ließ nur geringe Mengen Urin und hatte Residualharn.

Die Untersuchung ergab eine Verlegung des Meatus internus der Urethra durch Faltenbildung und eine kolossale Hypertrophie der Blasenmuskulatur bei intakter Blasenschleimhaut.

Hirschmann (Berlin).CH

Nordentöft, S.: Über Endoskopie geschlossener Höhlen. (*St. Josephs-Hosp., Aarhus, Dänemark.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 38, S. 1840—1841. 1913.

Nordentöft erinnert anläßlich des von Jacobäus in seinem Buch über Laparo- und Thorakoskopie empfohlenen Instruments daran, daß er auf dem deutschen Chirurgenkongreß 1912 ein Trokarendoskop zur Endoskopie geschlossener Höhlen (Harnblase) Kniegelenk, Abdominal- und Brusthöhle, demonstriert habe. Dieses Instrument eigne sich besser als das von Jacobäus verwandte Nitzesche Cystoskop, eingeführt durch einen gewöhnlichen Trokar. N. empfiehlt sein Instrument aber besonders für das physiologische Tierexperiment.

Gebele (München).CH

Hooe, R. Arthur: Tests of renal function with special reference to the phenol sulphonephthalein test. (Methoden zur Prüfung der Nierenfunktion unter besonderer Berücksichtigung der Phenolsulfophthaleinprobe.) Virginia med. semy-monthly Bd. **18**, Nr. 13, S. 313—318. 1913.

An über 50 Fällen, darunter 16 gesunden Individuen, hat Verf. die Phenolsulfophthaleinprobe geprüft. In den normalen Fällen erschien der Farbstoff nach durchschnittlich 11¼ Minuten; von dem Mittel wurde in diesen während der ersten Stunde durchschnittlich 58,3%, in der zweiten Stunde 18,75%, zusammen in den ersten beiden Stunden 77,05% ausgeschieden. 3 Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt.

Das Mittel verdient vor allen anderen Methoden den Vorzug wegen der Kleinheit der Dosis, wegen der lokalen Reizlosigkeit, wegen seiner Ungiftigkeit, seiner frühzeitigen und schnellen Ausscheidung, ferner wegen seiner vollständigen Ausscheidung durch die Nieren, ohne daß es seine chemische Natur ändert und schließlich wegen der Feinheit seiner calorimetrischen Abschätzung. *Blanck* (Potsdam).

Roth, Max: Über einige wichtige Fehlerquellen bei der Phenolsulfophthalein-Probe zur Prüfung der Nierenfunktion. (*Urol. Poliklin. v. Prof. Casper u. Dr. Roth.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 35, S. 1609—1611. 1913.

Der Umstand, daß einzelne Autoren bei der Ermittlung der Ausscheidungswerte für gesunde Nieren zu verschiedenen Zahlen gekommen sind, hat den Verf. veranlaßt, diese Schwankungen als auf Versuchsfehlern beruhend anzusehen und war bemüht, die Ursachen dieser Fehler festzustellen. Er fand, daß z. B. bei Frauen kurz vor und nach der Geburt abnorm niedrige Werte gefunden wurden; ebenso bei Frauen mit Adnexerkrankungen, weil da vielfach die Ureteren in Mitleidenschaft gezogen sind. Genau zu achten ist auf eine vollständige Entleerung der Blase, was bei Frauen nicht immer geschieht, ebensowenig bei Männern mit Prostataaffektionen. Wichtig ist auch, daß genau 1 ccm des Farbstoffes injiziert wird, indem ein einziger ausfließender Tropfen schon grobe Fehler bewirken kann. Die calorimetrische Methode erfordert einige Übung und kann bei Ungeübten ganz unzuverlässige Werte ergeben. Ferner sind die von einzelnen Fabriken gelieferten Präparate voneinander verschieden und geben differente Resultate; so konnte Verf. feststellen, daß das Präparat der Ranke-Apotheke in Berlin 24%, das von Merck 40% weniger färbende Substanz enthalte als das amerikanische der Firma Hynson, Westcott & Comp. in Baltimore. Eine Differenz ergibt sich schließlich auch je nachdem, ob man in die Lumbalmuskulatur (wie es die Erfinder der Methode angeben) oder in die Musc. glutaei injiziert, indem bei intraglutäaler Applikation oft subnormale Werte erzielt werden, was der Verf. in einigen Versuchen feststellen konnte. *Rubritius* (Marienbad).CH

Cabot, Hugh, and Edward L. Young: Phenolsulphonephthalein as a test of renal function. (Phenolsulfophthalein zur Probe der Nierenfunktion.) Publ. of the Massachusetts gen. hosp. Bd. **4**, Nr. 1, S. 132—149. 1913.

Cabot und Young prüften die von Rowntree und Geraghty in Baltimore angegebene funktionelle Methode genau nach und stellten 169 Proben mit Phenolsulfophthalein bei verschiedenen Krankheitsformen des Urogenitalsystems an. Normaliter fanden sie bis zum Eintritt der Urinfärbung eine Durchschnittszeit von 10',

die Ausscheidungsmenge betrug in der ersten Stunde durchschnittlich 46%, in der zweiten Stunde 17%. Bei Prostatahypertrophie z. B. verlängerte sich die Zeit, verringerte sich die Menge. Verff., welche ihre Befunde in Tabellen niedergelegt haben, kommen zu dem Schluß, daß die Phenolsulfophthaleinprobe technisch einfacher und in ihren Resultaten exakter sei als irgendeine der anderen funktionellen Methoden. Nur bei chronischer Nephritis lasse die Probe im Stich, weitere Studien hierüber seien nötig. Von besonderem Wert sei die Probe bei Herznierenerkrankungen. An technischen Änderungen empfehlen C. und Y., vor der Probe kein Wasser trinken zu lassen, da die Wasserzufuhr nicht im Verhältnis zur Menge der ausgeschiedenen Droge stehe. Bei Urintrübungen sei von der Anwendung basisch essigsauren Bleies abzusehen, da dieses mit den färbenden Substanzen auch einen beachtenswerten Prozentsatz der Drogenfärbung zum Verschwinden bringe. Eine Standardlösung, aus dem Urin des Patienten hergestellt, bewähre sich mehr. Zur Schätzung der Ausscheidungsmenge empfehlen Verff. einen einfachen Apparat, der zehn Tuben mit 5% ansteigend bis zu 50% Droge enthält. *Gebele* (München).CH

Rosenblatt, J., und Margoulies: Zur Pyelographie. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. 9, S. 81—82. 1913.

Bei einer 45jährigen Frau wurde wegen Schmerzen in der linken Nierengegend und Verdachts auf Ureterverbiegung 40 ccm Collargollösung (5%) in den Ureter eingespritzt, und zwar ohne Hindernisse. Während der Röntgenaufnahme plötzlicher Kollaps und nach 15 Stunden Exitus. Die Diagnose Nierenbeckenriß durch die Sektion bestätigt. Im Ureter und im Nierenbecken kein Collargol, jedoch das Zellgewebe um dieselben bis 3 Querfinger entfernt von der Blase von der Lösung durchtränkt. Keine sichtbaren Risse, weder am Ureter noch am Nierenbecken. Wahrscheinlich ein minimaler Riß im Nierengewebe. Die mikroskopische Untersuchung ist noch nicht ausgeführt, doch ist anzunehmen, daß das Collargol ähnlich wie bei den Leichenversuchen Blums durch die geborstenen Sammelröhrchen entlang den Harnkanälchen und den Lymphspalten der Niere bis unter die Kapsel hinaufgepreßt wurde.

Die Pyelographie ist daher mit besonderen Vorsichtsmaßregeln auszuführen. In jedem Falle, wo dieselbe unbedingt indiziert ist, muß die Methode von Kümmell den Vorzug haben. *Knorr* (Berlin).

Mamma:

Bertels, Arved: Über die Mastitis chronica (cystica) und ihren Übergang in Carcinom. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **124**, H. 1/4, S. 9—46. 1913.

Verf. bringt die klinischen und histologischen Details von 27 Fällen von chronischer Brustdrüsenerkrankung mit Cystenbildung, 21 dem weiblichen Geschlecht angehörend, 6 dem männlichen. Die Entwicklung der Krankheit ist ausgesprochen chronisch, die ersten Anfänge findet man in jeder scheinbar gesunden Mamma. Das Primäre ist die Wucherung des interlobulären Bindegewebes zwischen die einzelnen Acini hinein, ein Drüsenläppchen wird gewissermaßen in eine kleine Anzahl kleiner Herde zersprengt, welche zu Ausgangspunkten für die Cysten werden. Erst wenn diese Bildungen eine gewisse Größe erreicht haben, imponieren sie bei der klinischen Untersuchung als tumorartige Härten. Der Inhalt der Cysten kann flüssig und kolloid sein, enthält Fetttröpfchen, Krystalle, Cholestearin und Zerfallsprodukte von Epithelien. Die zellige Innenauskleidung der Cysten kann einschichtig oder papillär sein. Erfolgt die Epithelproliferation nicht nur in das Innere des Cystenraumes, sondern auch in das umgebende Bindegewebe hinein, so ist der Anfang der Carcinombildung gegeben. Ein Teil der Mammacysten verdankt seine Entstehung der Sekretstauung in den größeren Ausführungsgängen; hier ist es dann häufig zu einer Anhäufung lymphoider Zellen als Ausdruck der Entzündung in der Umgebung der Cysten gekommen. Ähnliche Prozesse können auch in der männlichen Brustdrüse Platz greifen, nur bleibt hier die Bindegewebshyperplasie das prävalierende. Zur Cystenbildung kommt es nur selten, da die männliche Brustdrüse keine Acini hat. Entwickelt sich aus einer chronischen Mastitis ein Carcinom, so ist also auch hier entsprechend der Ribbertschen Auffassung eine primäre Veränderung des Bindegewebes vorhanden, die Entstehung des Carcinoms kann an mehreren Stellen zu gleicher Zeit (multizentrisch) erfolgen. Im ganzen hält aber Verf. die Entstehung eines Carcinoms auf dem Boden einer chronischen Mastitis nicht für häufig. *Carl* (Königsberg).CH

● **Médan, J.: La maladie kystique de la mamelle.** (Cystische Erkrankung der Brust.) Toulouse: C. Dirion. 1913. 77 S. Frcs. 3.—.

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Heynemann, Th.: Herz- und Zwerchfellstand während der Schwangerschaft. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 2/3, S. 854—880. 1913.

Am Ende der Schwangerschaft ist das Zwerchfell so gut wie ausnahmslos emporgedrängt. Diese Empordrängung schwankte in den Fällen des Verf.s im Röntgenbild (Fernaufnahmen und Orthodiagramme) zwischen $1/_4$ und 4 cm. Sie betrug im Durchschnitt 2,11 cm. Hierdurch ist eine Querstellung des Herzens und eine Abknickung beim Übergang in die großen Gefäße bedingt. In seinen Fällen war die transversale Dimension um 0,7—3,2 cm, im Durchschnitt um 1,79 cm vergrößert. Es bestehen weitgehende individuelle Verschiedenheiten, es war aber nicht möglich, nach der Größe von Thorax und Rumpf zwei verschiedene Typen der Veränderung festzustellen. Die Verlagerungen von Herz und Zwerchfell treten im allgemeinen vom 8. Monate der Schwangerschaft ab deutlich in Erscheinung. Sie tragen mit zur Vermehrung und Erschwerung der Herzarbeit am Ende der Schwangerschaft bei. Sie sind hierfür aber unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht maß- und ausschlaggebend. Die auffallend wenig beschränkte respiratorische Beweglichkeit des Zwerchfells ist geeignet, das Herz bei der Überwindung der vermehrten Arbeit zu unterstützen. In gleicher Weise wirkt vielleicht der Hochstand des Zwerchfells durch Herbeiführung einer besseren Entleerung des Herzens, die eine Erhöhung des Schlagvolumens zur Folge hat. Die Ursache der accidentellen Schwangerschaftsgeräusche ist in der Abknickung der Arteria pulmonalis zu suchen. Sie werden häufig bei tiefem Exspirium stärker oder treten dann überhaupt erst auf. Sie verschwinden häufig nach dem Aufstehen der Wöchnerin, bisweilen auch der Schwangeren. Auch Herz und Zwerchfell sind imstande, den vermehrten Anforderungen der Schwangerschaft durch vermehrte Leistungen zu entsprechen. Ein Versagen droht erst, wenn Erkrankungen oder abnorme Verhältnisse die Funktionsfähigkeit herabsetzen. Auch die hier gemachten Feststellungen sind geeignet, die Auffassung der Schwangerschaft als physiologischen Vorgang zu stützen.

Runge (Berlin).

Öhman, K. H.: Ein Fall von Uterus bicornis mit ausgetragener Schwangerschaft im rechten Horn. (*Gynaekol. u. obstetr. Klin., Helsingfors.*) Gynaekol. Rundschau Jg. 7, H. 20, S. 738—742. 1913.

32jährige Frau, die seit dem 18. Lebensjahre regelmäßig zweimal im Monat mit einer Dauer von 4—5 Tagen menstruiert hatte, wurde mit der Diagnose „Graviditas extrauterina" in die Klinik geschickt. Da die Frau mäßig blutete und durch die Untersuchung die Richtigkeit der Diagnose wahrscheinlich schien, wurde 8 Tage später die Laparotomie gemacht, wobei sich ein Uterus bicornis unicollis fand; das rechte Horn war größer als das linke. Eine Gravidität lag nicht vor. Nachdem die Frau 8 Tage nach der Operation entlassen, stellten sich ca. 2 Monate später plötzlich Blutungen und heftige Schmerzen im unteren Teil der linken Bauchseite ein. Die Diagnose lautete jetzt auf eine Schwangerschaft im rechten Uterushorn, die im Begriff stand, unterbrochen zu werden. Die Frau wurde 4 Tage lang mit Ruhe und Opium behandelt und dann entlassen, da die Blutung stand und die Schmerzen aufgehört hatten. Die Frau kam dann zur Entbindung, die normal und schnell (in 26 Stunden) verlief. Bei der Entlassung am 6. Tage nach der Geburt waren durch die Bauchdecken zwei verschiedene Uterushörner deutlich zu palpieren. Die Uterusmuskulatur hatte die Dehnung, der sie ausgesetzt gewesen, gut ertragen; denn die Frucht wog 3700 g, die Placenta 600 g und das reichlich vorhandene Fruchtwasser wurde auf 2000 g geschätzt.

Bayer (Köln).

Remy, S.: Note sur la coloration du liquide amniotique dans un cas d'éventration du foetus. (Notiz über die Färbung des Fruchtwassers bei Foetus mit Eventration.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 7, S. 654—656. 1913.

Geburt eines 8 Monate alten Foeten mit Eventration des Dünn- und Dickdarm durch eine fünfmarkstückgroße Nabelhernie. Das Fruchtwasser zeigte eine auffallende citronen- bis safrangelbe Färbung, die Autor für den Bilirubingehalt transfundierter Gallenbestandteile hält.

Mohr (Berlin).

Keiffer: De la sensibilité du foetus aux émotions maternelles. (Beeinflussung der Frucht durch Gemütsbewegungen der Mutter.) Bull. de la soc. belge du gynécol. et d'obstétr. Bd. **24,** Nr. 4, S. 301—304. 1913.

Eine junge gesunde Frau, die schon 3 normale Kinder geboren, war zum vierten Male schwanger. Keiffer untersuchte sie im 7. Monat und fand alles in bester Ordnung. Einige Tage später erhielt die Frau ein Telegramm, aus dem sie den Tod ihres Vaters zu ersehen glaubte. Sie geriet in eine große Aufregung, die eine Stunde anhielt, bis sie über die Unrichtigkeit der Mitteilung aufgeklärt wurde. Da sie jedoch fürchtete, daß ihre Schwangerschaft durch den ausgestandenen Schrecken ungünstig beeinflußt worden sei, ließ sie K. rufen, der nun feststellen mußte, daß die Herztöne des Kindes überhaupt nicht mehr und das Placentargeräusch nur noch schwach zu hören war. Der abgestorbene Foetus wurde 2 Monate später normal und schnell ausgestoßen; er wies außer der macerierten Haut keine Verletzung, Veränderung oder Mißbildung auf.

Keiffer knüpft an diesen Fall eine Reihe von Vermutungen, wie ein Foetus durch Gemütsbewegungen der Mutter so verderblich beeinflußt werden könne, vermag sich jedoch zu einer bestimmten Erklärung nicht zu entschließen. *Bayer* (Köln).

Bruce-Bays: Pyelonephritis of pregnancy. (Schwangerschafts-Pyelonephritis.) South. African med. journal Bd. **11,** S. 116. 1913.

Bruce-Bays bespricht Ätiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der Schwangerschaftspyelonephritis und teilt einen beobachteten Fall mit. Die Diagnose beruht auf der bakteriologischen Untersuchung des Urins, die gewöhnlich das Bact. coli als Erreger ergibt. Die Bacteriurie hat Neigung, bestehen zu bleiben. Wenn die gewöhnliche Behandlung erfolglos bleibt, soll Autovaccine aus den Bakterien des Urins angewendet werden. Schließlich erwähnt Verf. die Tatsache, daß puerperale Infektionen von der Pyelonephritis selten ausgehen. Wenn in der Schwangerschaft Fieber auftritt, mit Affektion der Lungen und Rückenschmerzen, sollte man an die Möglichkeit der Pyelonephritis denken. Die Einleitung des Abortes oder der Frühgeburt ist niemals angezeigt, da die richtige Behandlung gewöhnlich die natürliche Beendigung der Schwangerschaft ermöglicht. *Henry Schmitz.*[CH]

Schütze: Myom und Gravidität. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913. Diskuss.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 3, S. 357 bis 359. 1913.

1. 35jährige I para, letzte Menses vor 5 Monaten, klagt über Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Wegen peritonitischer Symptome Laparotomie. Es findet sich ein im II. bis III. Monat schwangerer Uterus und, von seiner rechten Seite ausgehend, ein durch einen dünnen Stiel abgesetzter, gänseeigroßer Myomknollen. Stiel um 180 Grad nach links torquiert. Abtragung des Knotens und Übernähung des Stieles. Entfernung eines zweiten kirschgroßen subserösen Myoms. Am 6. Tag Abort, sonst reaktionsloser Verlauf. Ein Jahr später Geburt eines ausgetragenen Kindes (Forceps). 2. 39jährige I para kommt im 6. Schwangerschaftsmonat wegen peritonitischer Symptome zur Operation. Es findet sich ein im 5. bis 6. Monat schwangerer Uterus, auf dessen Fundus mit breiter Basis einige Myomknoten aufsitzen. Ausschälen der Myome unter Erhaltung der Schwangerschaft ist wegen des breitbasigen Sitzes der Tumoren und starker Blutung nicht möglich. Quere Resektion des Fundus mit den Tumoren, Ausschälen des Schwangerschaftsproduktes und Naht der Uteruswunde mit Etagenknopfnähten. Reaktionslose Rekonvaleszenz. *Zinsser* (Berlin).

Benthin: Myom und Gravidität. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 3, S. 356—359. 1913.

28jährige Patientin, die 3 mal normal geboren hat, zuletzt vor 2 Jahren. Nach dem letzten Partus waren die Menses stärker und länger wie vorher. Nachdem die Menses von neuem 6 Wochen ausgeblieben waren, fing Patientin an zu bluten. Es stellte sich Fieber ein. Untersuchung ergab einen vergrößerten Uterus, durch den erweiterten Muttermund war eine schwammige Masse zu fühlen. Diagnose: Abort. Am nächsten Tag wird ein Gewebsfetzen ausgestoßen, in der Vagina finden sich fleischförmige, teilweise nekrotische Massen. Abtragung eines faustgroßen subserösen Myoms, das durch einen Stiel mit dem Fundus verbunden war. Neben dem Myom noch Placentargewebe.

Es hatte sich also um einen Abort und um ein in der Geburt befindliches submuköses Myom gehandelt. Auffallend ist, daß es trotz des Vorhandenseins eines großen submukösen Myoms zu einer Gravidität gekommen ist, und ferner, daß die Erscheinungen von seiten des Myoms erst nach dem letzten Partus aufgetreten sind. Benthin nimmt

an, daß das Myom vielleicht ursprünglich interstitiell gesessen sei und erst später, im Anschluß an die vorausgegangene Entbindung, sich submukös entwickelt habe.

Zinsser (Berlin).

Geburt:

Krosz: Über Erfahrungen mit Tenosin. (*Prov. Hebamm.-Lehranst. u. Frauenklin., Magdeburg.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 43; S. 1587—1590. 1913.

Tenosin (hergestellt von Friedrich Bayer & Co.) ist eine Mischung von 0,0005 g β-Imidazolyläthylamin und 0,002 g p-Oxyphenyläthylamin. In 44 unter 50 Fällen wurde das Präparat mit gutem Erfolg angewendet. Es ist ein unschädliches, wehenverstärkendes Mittel, das die gebräuchlichen Secalepräparate an Schnelligkeit und Stärke der Wirkung übertrifft. Die Wirkung dauert wahrscheinlich nicht ganz so lange an, wie beim Secale. Versager können gelegentlich ebenso wie beim Secale vorkommen. *Hirsch* (Berlin-Charlottenburg).

Fränkel, L.: Geburt nach operativer Vereinigung doppelter Gebärmütter. (Med. Sekt. d. schlesischen Ges. f. vaterl. Kultur, Breslau, Sitzg. v. 13. VI. 1913.) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 34, S. 1589. 1913.

Bei einer Patientin, die 3 mal Fehl- resp. Frühgeburten lebensunfähiger Kinder durchgemacht hatte, fand sich eine Verdoppelung der Genitalorgane derart, daß der Uteruskörper vollständig getrennt war, das Collum äußerlich einfach, aber durch eine mediane Scheidewand in 2 Hälften getrennt war. Außerdem bestand ein Scheidenseptum. Da die Patientin dringend ein lebendes Kind wünschte und die beiden Uterushälften offenbar nicht imstande waren, ein Kind auszutragen, unternahm Fränkel die operative Vereinigung. Vaginale Excision des Collum- und Scheidenseptums, dann per Laparatomiam Excision eines Keiles aus den beiden Uteri und Vereinigung der Reste beider Uterushälften zu einem neuen Cavum. Reaktionsloser Verlauf. 2 Jahre später gebar Patientin ein 6 Pfund schweres lebendes Kind spontan am normalen Schwangerschaftsende. *Zinsser* (Berlin).

Winter: Aktive und konservative Eklampsiebehandlung. (Nordostdtsche. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913. Diskussion zu einem Vortrag von Schiller.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 3, S. 346—349. 1913.

Winter hat in der letzten Zeit das Material seiner Klinik ausschließlich mit dem primären Aderlaß und der Stroganoffschen Methode behandelt, um einen Vergleich mit der bis dahin geübten Schnellentbindung ziehen zu können. Bis jetzt hat er nicht den Eindruck, daß dieser Vergleich zuungunsten der Schnellentbindung ausfallen wird, die er nach wie vor bei frischen Fällen für jeder anderen Methode überlegen hält. W. ist der Ansicht, daß die mit dem vaginalen Kaiserschnitt zu erreichenden Resultate noch viel überzeugendere sein würden, wenn es möglich sei, die Fälle, so wie es z. B. auch R. Freund vorschlägt, wirklich genau nach dem Beginn der Erkrankung zu gruppieren. Dies wird aber kaum je gelingen, da der erste Anfall nicht den Beginn, sondern ein schon vorgeschrittenes Stadium der Erkrankung darstellt. Von dieser Voraussetzung ausgehend, hält er auch Lichtensteins Vorschlag, die Wochenbettseklampsien zu den Frühentbindungen zu rechnen, für falsch. Diese haben vielmehr schon eine viele Stunden dauernde Vergiftung hinter sich, nur treten die Anfälle aus bisher uns noch unklaren Gründen erst später auf. Den Wehen mißt W. eine äußerst deletäre Wirkung zu.

Er wählte aus seinem gesamten Eklampsiematerial die Fälle aus, bei denen der erste Anfall ganz zu Anfang der Geburt auftrat, und er kommt bei 93 Fällen zu folgendem Resultat: 8 Fälle mit unverkürzter Geburtstätigkeit: 40% Mortalität. 19 Fälle bei erweitertem Muttermund entbunden: 30% Mortalität; 32 Fälle in der späten Eröffnungsperiode mit Incisionen oder Metreuryse entbunden: 25% Mortalität; 34 Fälle mit frühem vaginalem Kaiserschnitt: 9% Mortalität, davon 22 Fälle mit Kaiserschnitt unmittelbar nach Ausbruch der Eklampsie: 0% Mortalität.

W. glaubt, daß für die frischen Fälle der Kaiserschnitt das erfolgreichste Verfahren bleiben wird, während für die Fälle mit schon länger bestehender Intoxikation der Erfolg der Schnellentbindung unsicher wird und sie hier wohl durch die Stroganoffsche Methode ersetzt werden kann. *Zinsser* (Berlin).

Fenton, Frederick: Report of a series of abdominal caesarean sections. (Bericht über eine Serie abdominaler Kaiserschnitte.) Canadian med. assoc. journal Bd. **3**, Nr. 10, S. 837—844. 1913.

Es handelt sich um eine Serie von 25 abdominalen Kaiserschnitten, von denen 16 wegen

Anomalien des knöchernen Beckens ausgeführt wurden, 6 wegen Blutung bei uneröffnetem Muttermunde und je einer wegen Eklampsie, Riesenkind und Stenose der Weichteile; 5 wiederholte Kaiserschnitte. Eine Mutter starb am fünften Tage p. op. an inkompensiertem Mitralfehler. 3 Kinder starben in den ersten Tagen. Die Technik war die des klassischen Kaiserschnittes, Incision des Uterus in situ; 3schichtige Naht des Uterus mit Catgut. *Hannes* (Breslau).

Wochenbett:

Pierra, Louis: Infection puerpérale et curettage utérin. (Puerperalinfektion und Uteruscurettage.) Journal des sag.-femmes Jg. **41,** Nr. 20, S. 345 bis 347. 1913.

Verf. bespricht der Reihe nach die mit der Curettage verbundene Gefahr der Perforation des Uterus, ihre unzulängliche Wirkung und die Gefahr der Verbreitung einer bestehenden Infektion durch Eröffnung uteriner Gefäße. Er versucht Regeln für den Gebrauch der Curette aufzustellen. Bei fieberfreien Aborten in den beiden ersten Monaten ist Curettage erlaubt; in späteren Monaten soll digital ausgeräumt werden. Bei Fieber soll ausgetastet und, wenn Reste vorhanden, ausgeräumt, eventuell auch vorsichtig curettiert werden. Finden sich keine Reste, so soll man auch von der Curettage absehen und zu anderen Mitteln greifen. Wenn möglich, ist der Curettage immer eine Kontrolluntersuchung mit dem Finger nachzuschicken. *Lamers.*

Bleynie, G.: Infection puerpérale et salvarsan. (Puerperalinfektion und Salvarsan.) Journal des sag.-femmes Jg. **41,** Nr. 20, S. 347—349. 1913.

Verf. hat in 4 Fällen von Puerperalinfektion in denen alle anderen therapeutischen Maßnahmen resultatlos geblieben waren und die Prognose absolut infaust gestellt werden mußte, intravenöse Injektionen von Salvarsan (30 cg) angewendet. Alle Fälle zeigten sofort nach der Injektion mindestens 24 Stunden andauernden Temperaturabfall. 2 Fälle heilten, 2 starben schließlich trotz einer wiederholten Injektion derselben Dosis. Störungen infolge der Injektion wurden nicht beobachtet. Die 4 Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt. *Lamers.*

Bennecke, H.: Behandlung schwerster Sepsis mit intravenöser Infusion größerer Mengen menschlichen Normalserums nach vorausgegangenem Aderlaß. (*Med. Klin., Jena.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 35, S. 1926—1929. 1913.

Bericht über fünf Fälle schwerster Sepsis, bei denen nach vorhergegangenem Aderlaß menschliches Normalserum intravenös infundiert wurde. Resultate: drei Heilungen, eine vorübergehende Besserung, ein Todesfall. *Jehn* (Zürich).CH

Jacoulet, F.: La colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale grave. (Die Kolpotomie in der Behandlung der schweren Wochenbettinfektion.) Paris méd. Jg. **1912/13, Nr. 46,** S. 450—452. 1913.

Autor tritt für eine weitgehende Indikationsstellung für die Kolpotomie ein, sowohl in frischen Fällen mit und ohne deutlich nachweisbarem Erguß in der Bauchhöhle, wie bei den älteren, wo die tastende Hand gut die Veränderungen durch die lokalisierte Peritonitis prüft. Auch in Fällen, wo kein Eiterabfluß sich ergab, waren gute Erfolge da. Auch Phlegmonen des Ligamentum latum sind derart gut zu beeinflussen. Technik wie bekannt. Drainage mit zwei miteinander verbundenen Röhren. Achtung auf gute Blutstillung, Vermeidung von Rectum- oder Dünndarmverletzung. *Mohr.*

Foetus und Neugeborenes:

Lavialle, P., et Longevialle: Contribution à l'étude chimique de la caséine du lait de vache. (Beitrag zum Studium der Chemie des Kuhmilchcaseins.) Clin. infant. Jg. **11,** Nr. 17, S. 518—526. 1913.

Verff., die in einer früheren Mitteilung die antiemetischen Eigenschaften der kondensierten Milch besprochen haben, suchen die Frage zu beantworten, ob in der kondensierten Milch unter dem Einfluß der Hitze oder des starken Zuckergehaltes Veränderungen vor sich gehen, die auf chemischem resp. physikalisch-chemischem Wege nachzuweisen sind. Sie haben zu diesem Zweck Versuche mit künstlich hergestellten Caseinlösungen, teils mit teils ohne Zuckerzusatz angestellt, und zwar wurde das Casein in drei Modifikationen untersucht, in suspendierter Form, in kolloidaler Form und in Lösung. Die kolloidale Caseinlösung wurde hergestellt durch Auflösen von Casein in Ammoniumcarbonatlösung und nachfolgende 3tägige Dialyse, die gewöhnliche Caseinlösung durch Auf-

lösen von Casein in Normallauge. Je 5 Proben der gezuckerten und nichtgezuckerten Caseinlösungen wurden den folgenden Temperaturen ausgesetzt: 1. Konservierung in der Kälte, 2. Pasteurisierung bei 82° während 1/4 Stunde, 3. Siedetemperatur während einiger Minuten, 4. Kochen im Wasserbad während 3/4 Stunden, 5. Erhitzen im Autoklaven (108—110°) während 3/4 Stunden. In sämtlichen Versuchen wurde unter möglichst gleichen quantitativen Verhältnissen gearbeitet.

Die ev. Veränderungen des Caseins wurden untersucht erstens mittels der verschiedenen Löslichkeit des ausgefällten Caseins in Eisessig; zweitens mittels des veränderten Drehungsvermögens der Lösungen. Die Versuche hatten folgendes Ergebnis: Bezüglich der Löslichkeit der verschiedenen Caseinniederschläge in Eisessig wurden mehr oder weniger erhebliche Unterschiede durch die Einwirkung der Hitze festgestellt, doch gestatten dieselben keine exakten Schlüsse. Die optische Aktivität wurde bei dem suspendierten Casein mit steigenden Temperaturen in dem Sinne verändert, daß die Linksdrehung des Caseins erheblich zunahm; im Gegensatz hierzu nahm bei den kolloidalen und einfachen Lösungen die Linksdrehung ab. Diese Veränderungen wurden durch die Anwesenheit von Zucker in den entsprechenden Proben nicht beeinflußt, woraus sich ergibt, daß die festgestellten Veränderungen des Drehungsvermögens nur auf die Einwirkung der Hitze auf das Casein zurückzuführen sind. *Frank* (Berlin).[K]

Lindet, M. L.: Lur les caséines solubles du lait. (Über die löslichen Caseine der Milch.) Rev. gén. du lait Bd. **9**, Nr. 17, S. 395—400. 1913.

Haubridge, W. B.: Infant feeding with undiluted cow's milk. (Ernährung von Kindern mit unverdünnter Kuhmilch.) Med. rev. of rev. Bd. **19**, Nr. 7, S. 420—423. 1913.

Autor berichtet über zahlreiche Erfolge mit unverdünnter Kuhmilchernährung. Das Kind ist jedoch nur bei Eintritt von Hunger zu nähren. $1^1/_2$—$2^1/_2$ Unzen (= 0,283 dl) pro Pfund des kindlichen Gewichtes genügen für 24 Stunden. Autor erklärt seine Erfolge mit der Vermutung, daß der Magen eben nicht die ausschlaggebende Rolle bei der Verdauung spiele, daß die verdünnte Milch die muskuläre Tätigkeit des Magens erschwere, den Magensaft verdünne und die Därme aufblähe. *Mohr* (Berlin).

Feer, E.: Säuglingsernährung mit einer einfachen Eiweiß-Rahmmilch. (*Univ.-Kinderklin., Zürich.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **78**, H. 1, S. 1—46. 1913.

Morse, John Lovett: Nourriture des enfants: ce que l'on en pense et ce que l'on enseigne à se sujet à Boston. (Wie man in Boston über Säuglingsernährung denkt und was darüber gelehrt wird.) Enfance Jg. **1**, H. 9, S. 667—684. 1913.

Bremme, Walter: Über Selbststillen von Großstadtmüttern. Dtsch. Vierteljahrschrift f. öff. Gesundheitspfl. Bd. **45**, H. 3, S. 397—420. 1913.

Der Dresdener Stadtarzt Bremme untersuchte, welche Kinder gestillt wurden, und warum das Stillen abnimmt. Aufschluß über die Stillfähigkeit sei nicht zu gewinnen; erforscht wurde lediglich, wie die Verhältnisse zurzeit in einer Großstadt liegen. Die Enquete erstreckt sich auf 8933 im Jahre 1911 zu Dresden in der Behausung der Mutter geborene Kinder; als Material dienten die Jahrestabellen der Hebammen. Der Verf. unterschied, gemäß den Aufzeichnungen, welche den Hebammen oblagen, 3 Fragen: Ob länger, ob weniger als 6 Wochen, ob gar nicht gestillt wurde. Die Hauptergebnisse der Untersuchung sind folgende: 1. Einfluß der sozialen Lage. Unter den Kindern der Arbeiter wurden 26,7, der Akademiker 12,3, der Gewerbegehilfen 22,4, der Beamten 16,7, der Kaufleute 18,7% nicht gestillt. Der Verf. betont, daß die Aufklärung in den gebildeten Kreisen während der letzten Jahre Besserung gebracht habe. 2. Einfluß des Alters der Mütter. Von den unter 20 Jahre alten Müttern haben 36,3, von den 21—30 Jahre alten nur 17,5%, von den 31—40 Jahre alten 26,5, von den 41—50 Jahre alten sogar 38,1% nicht gestillt. Unter den Jüngsten sind viele Uneheliche; bei den ältesten zeigen sich oft physische Hindernisse. 3. Einfluß der Zahl der Entbindungen. Von den Zweitentbundenen haben 16,4, von den Erstentbundenen 20,2, von den Drittentbundenen 21,5, von den Viertentbundenen 24,8 usw., von den 10—14 Entbundenen 48,2—51,8% nicht gestillt. 4. Der Einfluß der ehelichen und unehelichen Geburten. Von den Unehelichen haben 46,1, von den ehelichen 19,9 nicht gestillt. 5. Einfluß der Geburten von männlichen und weiblichen Kindern, sowie von Zwillingen und Drillingen. Bei den männlichen Kindern wurden in 23,2, bei den weiblichen in 21,3, bei den Zwillingen in 43,2% der Fälle nicht gestillt. Der Verf. weist darauf hin, daß die Mütter um so weniger stillen, je mehr sie durch die Niederkunft (Zwillinge, Knaben) geschwächt wurden. 6. Einfluß ärztlicher Hilfe bei der Geburt. Von den

Entbundenen, die ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, haben 25,7% nicht gestillt, 19,6% haben weniger und 54,7% länger als 6 Wochen gestillt. Dies Resultat ist schlechter als das Durchschnittsergebnis, das lautet: Nicht gestillt: 22,1, unter 6 Wochen: 18,1, über 6 Wochen gestillt 59,8%. Der Verf. erklärt diese Tatsachen damit, daß die ärztlich geleiteten Entbindungen die schwereren sind. 7. Todesfälle der über 6 Wochen, der unter 6 Wochen und der gar nicht gestillten Kinder. Von den Gestorbenen fallen auf die Nichtgestillten 64,7, auf die unter 6 Wochen gestillten 35,3%; die Mortalität der über 6 Wochen gestillten ist gleich Null. 8. Die Ursachen, welche in Hebammentabellen für ein kürzeres oder Nichtstillen angegeben sind. Bei 63,3% der Entbundenen fehlen Angaben über die Ursachen des zu kurzen Stillens, bei 6% fehlen Angaben über die Gründe des Nichtstillens. Bei 19,3% wird wegen Milchmangels zu kurz, bei 20% gar nicht gestillt. „Schwäche der Mütter" wird selten, dagegen werden häufig „Mutter wollte nicht", „Wunsch des Ehemannes", „Geschäftshalber" oder „Kind in Pflege" als Ursachen für das Nichtstillen angeführt. *Fischer* (Karlsruhe).

Herzog: Reichsversicherungsordnung und Säuglingsschutz. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **5**, H. 9, S. 350—351. 1913.

Die Reichsversicherungsordnung führt bekanntlich als fakultative Leistung der Krankenkasse ein Stillgeld ein. Verf. wurde von der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Mainz um eine gutachtliche Äußerung über die zweckmäßige Form des Stillgeldes gebeten. Er äußerte sich dahin, daß nur Mütter von 3 oder mehr Kindern Anspruch auf Lieferung von $^3/_4$ l Milch pro Tag zunächst auf die Dauer von 8 Wochen haben sollten, während Frauen mit einem Kind oder zwei Kindern nur bei besonderer Notlage (Arbeitslosigkeit des Mannes, Streiks, gewisse ledige Mütter) berücksichtigt werden sollen. *Tugendreich* (Berlin).[K]

Die 2. preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **5**, H. 6, S. 228—236. 1913.

Sitzungsbericht über genannte Konferenz, die am 26. März 1913 in Berlin stattfand. Eingehend besprochen wurde der Wert der Stillbeihilfen (Stillunterstützungen, Stillprämien) als Mittel zur Förderung des Stillens und die Organisation der Kleinkinderfürsorge. *Jaeger* (Leipzig).

Cruveilhier, Louis: Mortalité infantile et taudis. (Säuglingssterblichkeit und Wohnungsnot.) Nourrisson Jg. **1**, Nr. 5, S. 276—281. 1913.

Verf. hat Nachforschungen angestellt über die Zusammenhänge zwischen Säuglingssterblichkeit und kümmerlichen Wohnungsverhältnissen. Für letztere diente als Kriterium die Tür- und Fensterzahl der Häuser im Vergleich zur Kopf- und Familienzahl der Einwohner. Unter 41 Gemeinden mit hoher Säuglingssterblichkeit im Arrondissement Limoges (12,26 bis 22,22%) betrug die durchschnittliche Tür- und Fensterzahl pro Kopf 1,19 und pro Familie 5,05, wogegen die Verhältniszahl in 41 Gemeinden des gleichen Arrondissements mit niedriger Säuglingssterblichkeit (3,60 bis 11,88%) pro Kopf 1,28 und pro Familie 5,83 betrug. Deutlicher sind die Unterschiede, wenn man kleinere Bezirke vergleicht. So finden sich im Kanton Châteauneuf 5 Gemeinden mit hoher (12,92 bis 22,22%) und 5 mit niederer Säuglingsmortalität (7,92 bis 12,82%). Die Tür- und Fensterzahl in ersteren beträgt pro Kopf 0,88, pro Familie 3,88, in letzteren pro Kopf 1,09, pro Familie 4,73. — Ähnliche Verhältnisse ließen sich auch für einige andere Bezirke nachweisen. — Von anderen Autoren wurden die Zusammenhänge zwischen Säuglingssterblichkeit und Überfüllung der Wohnräume mit Menschen zur Genüge dargetan. — Sehr deutlich läßt sich andererseits der günstige Einfluß hygienischer Arbeiterwohnungen auf die Säuglingssterblichkeit erweisen, wie an einigen Beispielen erläutert wird. — Dunkle Wohnungslöcher sind also nicht nur im Interesse der Bekämpfung der Tuberkulose, und des Alkoholismus, sondern auch der Säuglingssterblichkeit zu verwerfen. *Ibrahim* (München).[K]

Variot, G.: La création d'écoles de puériculture départementales pour les nourrices et les éleveuses, des enfants-assistés. (Die Gründung von Provinzialschulen für Kinderpflege zur Ausbildung von Ammen und Schülerinnen.) Clinique infant. Jg. **11**, Nr. 18, S. 545—549. 1913.

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Frankreich fordert der Verf. die Errichtung derartiger Schulen. *Heller* (Straßburg i. E.).[K]

Broca: Fractures du crâne après la naissance. (Schädelbrüche nach der Geburt.) Pédiatr. prat. Jg. **11**, Nr. 22, S. 386—389. 1913.

Die Elastizität des kindlichen Schädels gestattet leichter als beim Erwachsenen Läsionen des Gehirns ohne Fraktur. Bei solchen sind Hirnverletzungen häufig und ausgedehnt, werden aber recht gut vertragen; freilich werden oft Spätfolgen (Cysten, Epilepsie) eintreten. Die Sprengung der Nähte ist eine Eigentümlichkeit im kindlichen Alter; ebenso Impressionen, die beim Fall auf einen stumpfen Gegenstand ohne Stirnbruch verlaufen können. Sie finden sich gewöhnlich am Scheitelhöcker und das erklärt die Häufigkeit von motorischen Rindenstörungen. Wenn sie sich nicht von selbst wieder aufrichten, so ist die Trepanation indiziert. Wichtig ist, daß die einfachsten Fissuren beim Kind mit einer Verletzung der Dura und des Gehirns einhergehen. Die Beinhaut bleibt dagegen unverletzt und unter ihr sammelt sich dann Liquor an (traumatische Cephalhydrocele). Extradurale Hämatome sind Ausnahmen. *Streissler.*[CH]

Blackfan, Kenneth D., S. T. Nicholson jr., and T. Wistar White: A study of the Wassermann reaction in one hundred infants. (Eine Studie über die Wassermannsche Reaktion bei hundert Säuglingen.) Americ. journal of dis. of childr. Bd. **6**, Nr. 3, S. 162—165. 1913.

Churchill hatte bei 39 unter 101 wahllos untersuchten Spitalssäuglingen eine positive Wassermannsche Reaktion gefunden, von denen nur 29 anamnestische oder klinische Hinweise auf kongenitale Lues darboten. Verf. hatte nur 2 positive Fälle in seiner Serie und vermutet, daß die von Churchill angewandte Noguchische Modifikation der Wassermannschen Reaktion vermöge ihrer großen Empfindlichkeit die unerwartet hohe Zahl positiver Resultate bedingte. *Ibrahim* (München).[M]

Blum, Sanford: Infantile diarrhea caused by fresh alfalfa dairy ration. (Säuglingsdurchfälle durch frische Futterkleefütterung der Kühe verursacht.) Arch. of pediatr. Bd. **30**, Nr. 7, S. 534—537. 1913.

Verf. berichtet über eine Reihe von leichten Verdauungsstörungen bei Säuglingen, die mit dem Übergang der Kuhmilchfütterung zu frischem Kleefutter („Alfalfa"-futter) zusammenhingen. Die Störungen bei den Kindern äußerten sich in fauligen, schleimigen, durchfälligen Stühlen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Fieber und allgemeinem Unbehagen. Alle heilten nach Entziehung der betreffenden Milch, z. T. unter unmittelbarem Übergang auf Trockenfütterungsmilch. Frisches „Alfalfa"futter erzeugt auch bei Kühen grüne Durchfälle. Die Milch dieser Kühe hat einen leicht stechenden Geruch und einen eigenartigen Geschmack oder Nachgeschmack. Sie enthält offenbar Stoffe, die durch Kochen nicht zerstört werden und die auf die Verdauungsorgane des Säuglings schädlich wirken. Nicht alle Kinder scheinen gleich empfindlich zu sein und manche scheinen sich auch daran gewöhnen zu können. Jedenfalls darf solches Grünfutter nicht die ausschließliche Nahrung der Kühe sein. *Ibrahim* (München).[K]

Allaria, G. B.: Iperevolutismo parziale congenito in un bambino di madre acromegalica. (Partielle angeborene Überentwickelung [Hyperevolution] bei einem Kinde einer Mutter mit Akromegalie.) (*Clin. med., univ., Torino.*) Riv. di clin. pediatr. Bd. **11**, Nr. 8, S. 561—576. 1913.

Der Vater des Kindes hat eine geringe Hypertrophie der Schilddrüse ohne klinische Erscheinungen. Die Mutter hat einen Kropf und eine Akromegalie, die sich vor allem in einer Hypertrophie der Mandibula äußert. Das Kind, um das es sich handelt, ist ein Zwillingskind; der andere Zwilling ist normal. Abgesehen von der unten beschriebenen angeborenen, langsam weiter wachsenden Abnormität, entwickelte sich auch der Patient körperlich und geistig durchaus normal. Die drei mittleren Finger der rechten Hand sind einschließlich der dazu gehörigen Metacarpi enorm vergrößert; ihre Stellung zueinander ist derartig verändert, daß sie die Form einer heraldischen Lilie haben. Daumen und kleiner Finger sind kaum vergrößert. An der Handfläche und um die vergrößerten Finger herum findet sich eine starke Entwicklung von Fettgewebe. An der linken Hand besteht nur eine ganz geringe Vergrößerung des 4. und 5. Fingers. Außer einigen Lipomen am Stamm findet sich sonst kein pathologischer Befund. Die Röntgenuntersuchung (und anatomische Untersuchung nach Exstirpation der Finger) weist starke Entwicklung von spongiöser Substanz und Verminderung der kompakten Substanz auf. In ein-

zelnen der vergrößerten Phalangen finden sich Knochenkerne. Keine Erweiterung des Türkensattels.

Verf. bespricht ausführlich die verschiedenen in Betracht kommenden Erkrankungen. Seiner Ansicht nach ist sein Fall nirgends einzureihen; er möchte ihn als „iperevolutismo somatico parziale congenito“ betrachten. Bei dem Kinde selbst sind Störungen der inneren Sekretion nicht nachzuweisen. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß die Entwicklungsstörung beim Kinde auf eine Einwirkung der Stoffwechselstörung der Mutter im fötalen Leben zurückzuführen ist. *Aschenheim* (Dresden).[K]

Kinderkrankheiten:

Grenzgebiete.

Rietschel, H.: Noch einmal Sommerhitze und Säuglingssterblichkeit. *Städt. Säuglingsheim, Dresden.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 78, H. 3, S. 312—340. 1913.

Verf. setzt sich mit seinen Kritikern auseinander und erklärt nochmals, um den häufigen Mißverständnissen ein Ende zu machen, seine Ansichten. Statt des vielfach falsch gedeuteten Begriffes „Hitzschlag“ oder „direkte Hitzeeinwirkung“ setzt er nun die akute und chronische Hitze- und Wärmeschädigung. Das klinische Bild der akuten Hitze- und Wärmeschädigung besteht in: Koma, Krämpfen, Hyperthermie, Durchfall und Erbrechen (letztere beiden Symptome fehlen manchmal). Die chronische Hitze- und Wärmeschädigung ermüdet den Reaktionszustand des Kindes, so daß es zu den verschiedensten Organ- und anderen Schädigungen kommt (Herabsetzung der fermentativen Vorgänge im Darm, Beeinflussung der Bakterienflora im Darm, vielleicht Veränderungen des Immunitätszustandes, Veränderungen des Wasserhaushaltes durch Schwitzen, dadurch erhöhte Gefahr für Haut- und andere Infektionen, Gefahr der Überfütterung usw.). Klinisch resultieren aus der chronischen Hitzewirkung die verschiedensten Krankheitsbilder, die von der ganz akuten Intoxikation bis zur chronischen Sommerdiarrhöe verlaufen. Die Artung des Krankheitsbildes hängt vom Körperzustand des Kindes, von der Pflege und der Art der Hitzewirkung ab. Diesen beiden Formen der Hitzeschädigung, der akuten und chronischen, steht gegenüber die Erkrankung durch infolge der Hitze verdorbene Milch. Theoretisch ist diese Art der Hitzeschädigung möglich; doch ist sie bisher nicht durch klinische Befunde bewiesen. Ref. hält die Definition der chronischen Hitze- und Wärmeschädigung für zu weit. Nach dieser Formulierung läßt sich fast jede im Hochsommer auftretende Erkrankung, zumindest aber jede Ernährungsstörung auf Hitzewirkung zurückführen. *Tugendreich.*[K]

Arneth: Über die Behandlung der akuten Bronchitis, Bronchiolitis und Bronchopneumonie bei Säuglingen und jungen Kindern, speziell mit heißen Bädern. (*Städt. Krankenh., Münster i. W.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 39, S. 1868—1874. 1913.

Verf. empfiehlt namentlich bei heruntergekommenen Säuglingen, die bei hoher Körpertemperatur kühle Extremitäten und eine marmorierte, livide Haut zeigen, heiße Bäder von 41° C mit anschließender kühler Übergießung von Nacken und Brust. Die Dauer der Bäder beträgt bei Fiebertemperatur bis 39° C 10 Minuten, bei höherer Temperatur 5 Minuten ungefähr dreimal täglich. Meist findet nach dem Bade ein Absinken der Körpertemperatur statt, seltener ein Anstieg, dem regelmäßig ein Temperaturabfall folgt. Auch bei Körpertemperatur über 40° C können diese Bäder angewandt werden. Die Bäderbehandlung wird 1—2 mal täglich so lange fortgesetzt, als die Kinder husten. Außerdem wurde auf häufigen Lagewechsel geachtet und namentlich die Bauchlage angewendet. Diese Bädermethode gab erheblich bessere Resultate als Prießnitzsche Umschläge, gewöhnliche Bäder mit Übergießungen und Senfeinwicklung. *Orgler* (Charlottenburg).[M]

Neurologie und Psychiatrie:

Reinhardt, Ad.: Phlebektasien und Varicen des Nervus ischiadicus. (*Senckenberg. pathol. Inst., Frankfurt a. M.*) Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 13, H. 3, S. 353—389. 1913.

● **Bernheim, H.: L'hystérie.** (Hysterie.) Paris: O. Doin et fils. 1913. 450 S. Frcs. 5.—.

Soziales. Statistik:

Wilke: Geburt und Mißgeburt in Mythus und Kunst. Die Umschau Jg. 17, Nr. 43, S. 895—898. 1913.

Alle mythenhaften Vorstellungen, die den Geist des Naturmenschen berühren, sind im Grunde genommen nur das Erzeugnis reiner Sinnestäuschung, aber keine Erfindung seiner Phantasie, sondern der qualitativen und quantitativen Veränderung derselben. Unter den Vorgängen, die ihm am nächsten stehen, nimmt das Geschlechtsleben die erste Stelle ein, im besonderen Zeugung, Empfängnis und Geburt. Auch die abnorme Geburt regte seinen Geist frühzeitig an. Dementsprechend begegnen wir ihren Erscheinungen häufig in der Sage, dem Mythus und der Kunst, wie Verf. an einer Reihe Beispiele unter Beifügung der dazu gehörigen Bilder nachweist. Er bespricht von den Mißgeburten Verkrüppelung der Gliedmaßen (Fußverkrüppelung des Offa, Lokri, Hephästos, Mani, des Volkes der Opistoni), Fehlen einzelner Gliedmaßen (Tyr, Walthari, Kunaru, Aruna), Akranie (Spukgestalten ohne Kopf), rumpflosen Kopf (Mimirs redendes Haupt, Gorgonenhaupt), Atresie des Mundes (Volk der Astomi). Einäugigkeit (Polyphem und ähnliche Gestalten der verschiedensten Völker), Sirenenbildung (bereits aus der Steinzeit eine solche Darstellung der menschlichen Figur, Skiapoden usw.), Zusammengewachsensein mehrerer Personen (Bronze von Mordillo in Italien), Verdoppelung oder Verdreifachung des Kopfes (drei- bis hundertköpfige Riesen, Triglav, Swantevit, Porewit, Rugewit), Verschmelzen mehrerer Köpfe zu einem mit mehreren Gesichtern (Hermes- und Hekatefiguren, Keonunnos, altindische Dämonengestalten) ,Vermehrung der Gliedmaßen (sardinische Bronzen, indische und chinesische Gottheiten, Mythus von den Geburten aus dem Schenkel, der mehrfach auftritt, das achtfüßige Wunderroß Sleipner, die dreibeinigen Hunde der wilden Jäger) usw. *Buschan* (Stettin).

● **Correns, C., und R. Goldschmidt: Die Vererbung und Bestimmung des Geschlechtes.** Berlin: Gebr. Borntraeger. 1913. M. 4.50.

Garnier, Marcel: Les lois générales de l'hérédité. (Die allgemeinen Vererbungsgesetze.) Progr. méd. Jg. **44,** Nr. 42, S. 539—545. 1913.

Der Verf. bespricht zunächst die 4 Grundregeln der Darwinschen Lehre, sodann das Gesetz über Vererbung durch Einfluß, die Beziehungen zwischen Blutsverwandtschaft und Degenerescenz und schließlich die Mendelschen Gesetze. Er untersucht dann auf Grund dieser Regeln die hauptsächlichsten Erkrankungen, Organerkrankungen, Diathesen, Intoxikationen, Infektionen, Krebskrankheit und zuletzt die Prophylaxe der Tuberkulose. Durch Aufstellung von Stammbäumen tuberkulöser Familien wird man vielleicht ein Gesetz entdecken, welches die Vererbung der Prädisposition zur Tuberkulose bestimmt, und durch richtige Kreuzungen wird es gelingen — ebenso wie auch für andere übertragbare Krankheiten — die Möglichkeit einer Vererbung aufzuheben. *Klein* (Straßburg i. E.).

Würtz, Adolf: Bevölkerungsproblem und Kinderfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. 5, H. 9, S. 339—349. 1913.

Der Geburtenrückgang läßt sich kaum aufhalten. Er kann indessen ausgeglichen werden durch Verringerung der Säuglingssterblichkeit, deren Wege Verf. bespricht. *Tugendreich* (Berlin).[K]

● **Hahn, Gerhard: Die Geschlechtskrankheiten und die ärztliche Verantwortlichkeit.** Halle: C. Marhold. 1913. 27 S. M. 1.—.

White, Douglas: Eugenics and venereal disease. (Eugenik und venerische Krankheiten.) Eugenics rev. Bd. **5,** Nr. 3, S. 264—270. 1913.

Venerische Krankheiten, Syphilis und Gonorrhöe sind für die Eugenik von größter Wichtigkeit. In England ist seit dem Jahre 1864, in welchem der Contagious Diseases

Act eingeführt, aber im Jahre 1866 bereits wieder aufgehoben wurde, nichts gegen diese Krankheit geschehen. In dieser Hinsicht hat der diesjährige 17. Internationale medizinische Kongreß viel Gutes geleistet, Schaudinn, Wassermann und Ehrlich haben in den letzten Jahren ungemein viel für die Diagnose und Heilung der Syphilis getan, wenn daher jeder frische Fall zur Behandlung gebracht werden könnte, würde die Syphilis als Infektionskrankheit in einem Jahre ausgerottet sein. Weitgehendste Erleichterung und Ermöglichung der Behandlung ist daher anzustreben. Es wird dann eingehend die offizielle Enquête von Dr. Johnstone über die Kontrolle der venerischen Krankheiten in England besprochen und schließlich hervorgehoben, daß nicht allein gegen die Syphilis, sondern auch gegen die Gonorrhöe ein erbitterter Kampf zu führen ist, daß die Ärzte die Gonorrhöe sorgfältiger behandeln müßten, daß die Studenten der Medizin besser unterrichtet werden müßten und daß in jedem Spital eine spezielle Ambulanz für Syphilis und Gonorrhöe vorhanden sein müsse. *Klein.*

Otté, Paul: Generative Hygiene? Hygiene Bd. **3,** H. 20, S. 513—516. 1913.

Verf. setzt sich mit Grotjahn wegen eines in den Grenzboten (1912, 38) erschienenen Artikels auseinander, der sich mit der Rassenhygiene und der Volksvermehrung beschäftigt. Derselbe geht darauf hinaus, daß eine Reinigung der Rasse von den Minderwertigen und eine größere Heranziehung (durch soziale Fürsorge) der Gutkonstituierten zur Fortpflanzung anzustreben sei. Otté stimmt diesem im allgemeinen wohl bei, lehnt aber die Mittel (mit Ausnahme des Vorschlages, der eine materielle Unterstützung an kinderreiche Familie will) dazu ab. Grotjahn hatte eine rechtzeitige Asylierung der Minderwertigen in Vorschlag gebracht. Dieselbe könnte nach Otté aber nur von Wert sein, wenn die Grenze der abzusondernden Minderwertigen recht weit gezogen würde. Die schweren Formen von Minderwertigkeit werden jetzt sowieso schon unschädlich gemacht, hingegen trifft dies für die leichten Degenerationszustände, die gerade in rassenhygienischer Hinsicht ins Gewicht fallen, leider nicht zu. Diese aber machen etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung aus, und sie zu asylieren würde physisch unmöglich und ethisch bedenklich erscheinen. Einverstanden ist O. mit dem weiteren Vorschlag, den frischen Zuzug von Minderwertigen durch nachdrückliche Bekämpfung aller Volkskrankheiten und Seuchen nach Möglichkeit hintanzuhalten, und vielleicht ganz aufzuheben; aber da viele Degenerationen Folgen des Lasters und der Ausschweifung sind, so dürfte man wenig Erfolg davon erhoffen. Ferner stellt Grotjahn die Forderung auf, vom primitiven Fortpflanzungstyp zum rationellen überzugehen. O. begrüßt in dieser Hinsicht den Vorschlag einer sozialen Fürsorge für kinderreiche Familien auf Kosten der Ledigen und der kinderarmen Familien, möchte aber vor einer Familienreglementierung hinsichtlich Geburtenabstände und Zahl derselben eindringlich warnen, und zwar aus moralischen Gründen. Er spricht sich im besonderen auch gegen die Präventivmaßregeln aus, die er für „naturwidrig eklig und das Menschengefühl beleidigend", auch für gesundheitsschädigend auf den weiblichen Organismus erklärt: „Lassen wir die Liebe und die Triebe in der Ehe walten", erklärt er, „meintwegen mögen sie blind und naiv sein; sie werden das Volkstum sicherer leiten, als unsere ausklügelnde Vernunft". Denn die primitive Fortpflanzung hat sich bisher auch gut bewährt. Er erinnert zum Beweise dessen an alle in der Kultur noch zurückgebliebenen Völker der Neuzeit und an den katholischen Teil der preußischen Bevölkerung. Letztere, bei der die Religion Präventivmaßregeln streng verbietet (was auch befolgt werden soll), bringt viele und gute in rassenhygienischer Hinsicht einwandfreie Kinder zur Welt; es sei ihm nichts davon bekannt geworden, daß die katholischen Provinzen mehr Minderwertige als die protestantischen aufzuweisen hätten. Eine weitere Besserung der Verhältnisse hofft O. schließlich noch von einer Aufbesserung der Lage der Landbevölkerung (vorzüglich der seßhaften, kleinbäuerlichen und des seßhaften Arbeiterstandes) durch Inangriffnahme noch unbebaut daliegender Landflächen (Moore) und durch Aufteilung der Latifundien, wodurch Millionen von Bauernfamilien Sitz und Brot erhalten könnten, sowie durch Auswanderung in unsere Kolonien. *Buschan* (Stettin).

Maurel, L.: Étude de la mortinatalité au point de vue de l'eugénisme ou du dysgénisme. (Studie über die Mortalität bei Geburt vom Standpunkt der Rassenhygiene.) Prov. méd. Jg. **26,** Nr. 40, S. 434—437. 1913.

Auf Grund zahlreicher Tabellen (Bertillon, Worms) und eigener Statistiken schließt Verf.: Junge, gesunde Eltern erzeugen mehr männliche Kinder. Knaben zeigen bei der Geburt höheres Gewicht und stärkeren Bau, eine Folge der unter günstigeren Verhältnissen erfolgten Zeugung. Ihre höhere Ziffer der Mortalität bei Geburt (die übrigens nur wenig die der Mädchen überragt) erklärt sich aus Geburtsverletzungen infolge des höheren Gewichts und aus Verdauungsstörungen durch Neigung zu Überernährung. Vielleicht auch ist die Ursache aus dem Umstand abzuleiten, daß Knaben

eben günstigere Verhältnisse sowohl für Zeugung wie für Geburt erfordern. — Hohe Geburtsziffern männlicher Kinder sprechen für die Gesundheit und Kraft des betreffenden Volkes. *Mohr* (Berlin).

Steiger, Max: Der Einfluß des Klimas und der Rasse auf das weibliche Geschlechtsleben. Umschau Bd. **17**, Nr. 44. 1913.

Klima und Rasse üben einen großen Einfluß auf das weibliche Geschlechtsleben aus. Zunächst die Höhenlage. Die Berlinerinnen menstruieren um durchschnittlich ein Jahr früher als die Münchnerinnen (ca. 500 m höher). Weniger schon fällt die höhere oder niedere Breitenlage zum Äquator ins Gewicht. In Neupommern z. B. (6° s. Br.) erreichen die Mädchen erst mit 17, auf Sansibar, das unter demselben Breitengrade liegt, schon mit 10 Jahren die Reife. Es müssen also noch andere Momente bei dem späteren oder früheren Auftreten der ersten Menstruation mitsprechen. Ins Gewicht fällt zuerst die Rasse. Je länger ein Volksstamm sich unvermischt erhält, desto länger pflegt er seine Rasseneigentümlichkeiten festzuhalten; die jüdischen Mädchen menstruieren früher als die ihrer Wirtsvölker. Ferner sind zu berücksichtigen die erbliche Veranlagung, der Gesundheitszustand (Bleichsucht), die soziale Stellung, womit auch die Lebensweise und Ernährung im Zusammenhange stehen (geistige Erziehung mit Lektüre aller Art, Theaterbesuch, Geselligkeit usw.) — bei den dienenden Pariserinnen stellt sich die Menstruation zum ersten Male um ziemlich zwei Jahre später ein als bei der Durchschnittsbevölkerung; die sehr fetthaltige Nahrung konsumierenden Eskimomädchen menstruieren frühzeitig —, schließlich auch der frühzeitige Beginn des Geschlechtslebens (Prostituierte). Auch für das Alter, in dem die Mädchen zur ersten Mutterschaft gelangen, sowie für den Eintritt des Klimakteriums und den Grad der Fruchtbarkeit üben Klima und Rasse wohl einen Einfluß aus, aber neben diesen Faktoren sprechen noch andere mit, besonders frühzeitiger Geschlechtsgenuß, moralischer Zustand der Völker, soziale Lage, Altersverhältnis der beiden Erzeuger, Krankheiten (Tropen) usw. *Buschan* (Stettin).

● **Vaerting: Das günstigste elterliche Zeugungsalter für die geistigen Fähigkeiten der Nachkommen.** Würzburg: Curt Kabitzsch. 1913. 63 S. M. 1.20.

Verf. sucht an der Hand von statistischen Zusammenstellungen des Lebensalters von Eltern genialer Deutschen der letzten 2 Jahrhunderte zu ergründen, welches Alter der Eltern für die psychische Tüchtigkeit der Nachkommenschaft am günstigsten ist. Die hervorragenden Geistesarbeiter zeugen nur im jugendlichen Alter geistig hochbegabte Kinder. Je angestrengter die Hirntätigkeit, desto tiefer rückt die obere Grenze seines günstigen Zeugungsalters. Bei der Frau liegt die untere Grenze des günstigsten Zeugungsalters im 24. Lebensjahre. Die günstigste Kombination für die Nachkommenschaft besteht, wenn der geniale Mann sehr jung eine ältere Frau heiratet. Verf. glaubt, daß die Nation sich „ungeheure rassenhygienische Verluste" beibringt, weil die heutigen Sitten diesen Forderungen stracks zuwiderlaufen, und bespricht diesen Gedanken und die Verhütung dieser rassehygienischen Verluste zum Schluß in einem eigenen Kapitel. Er schlägt beispielsweise vor, daß der Staat für alle Kinder, die eine Mutter über 23 Jahre von einem Manne unter 28 Jahre hat, der Staat einen Zuschuß leisten soll. Verf. hält aber selbst es noch für nötig, weiteres Material für die Erforschung der Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Zeugungsalter und der geistigen Befähigung der Kinder zu sammeln. *Grünbaum* (Nürnberg).

Rupprecht: Die Straffälligkeit der Jugendlichen in Deutschland. Umschau Jg. **17**, Nr. 39, S. 820. 1913.

Wir erfahren u. a. aus diesem Berichte, daß zwar die Zahl der Jugendlichen, die wegen Vergehen und Verbrechen gegen Reichsgesetze verurteilt wurden, in Preußen im Jahre 1910 gegen das Vorjahr eine Zunahme von 1,4% aufweist, daß aber gegenüber der steigenden Zahl die Verurteilungen männlicher Jugendlicher die Zahl der weiblichen seit 1906 erheblich zurückgegangen ist, im Jahre 1910 allein um 11,0%. Der Grund hierfür mag in der intensiveren caritativen Fürsorge für Mädchen liegen. *Buschan* (Stettin).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band III, Heft 11. S. 465—512

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Crecchio, Giuseppe de: Sopra due casi di pseudoermafroditismo. (Zwei Fälle von Pseudohermaphroditismus.) (*Istit. di med. leg., univ., Napoli.*) Giornale internaz. d. scienze med. Jg. **35**, Nr. 20, S. 913—921. 1913.

2 Präparate des anatomischen Museums, die das Bild des Pseudoherm. externus mit besonders großentwickelter Klitoris bieten. *Berberich.*

Gengenbach, F. P.: Precocious menstruation. (Vorzeitige Menstruation.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 8, S. 563—565. 1913.

Die Bezeichnung „menstruatio praecox" soll nicht für die Fälle von einmaligen vaginellen Hämorrhagien kurz nach der Geburt gebraucht werden, sondern nur, wenn wirklich mehr oder minder periodische menstruelle Blutungen bei noch vor der Pubertät stehenden Kindern auftreten. Gewöhnlich sind noch andere Zeichen von Frühreife vorhanden.

Anamn. Kind von 2 Jahren. Semitischer Vater. Geburtsgewicht 6 Pfund. Damals Wassermann negativ. Flaschenkind. Mit 6 Monaten 14 Pfund, mit 9 Monaten $21^1/_2$ Pfund Gewicht. Mit 10 Monaten — Erscheinen des ersten Zahnes — trat die erste menstruelle Blutung auf. Dauer 3 Tage. Abgesehen von seiner Größe zeigte das Kind damals kein Zeichen von Frühreife. Die Menses wiederholten sich in Zwischenräumen von 1—3 Monaten (in 14 Monaten 8mal). Vorher trat stets etwas Leukorrhöe auf, Mißstimmung und vielleicht auch Schmerz. Gehen mit 17 Monaten. Status: Groß und breit gebautes Kind. Gewicht 38 Pfund. Brüste stark ausgebildet, Warzen gut entwickelt, Areola vorhanden. Behaarung um die Brustwarzen und besonders in den Axillen und an den Genitalien. Mons veneris und Labien stark ausgebildet. Mit $28^1/_2$ Monaten $41^1/_2$ Pfund. Seit dieser Zeit ($4^1/_2$ Monate) sind Menses viermal aufgetreten, stärker als früher und von längerer Dauer. Typischer Geruch.

Im Anschluß an diesen Fall bespricht Gengenbach noch einige Mitteilungen aus der Literatur, verweist kurz auf den Zusammenhang zwischen Frühreife und manchen Tumoren (Ovarien, Nebenniere usw.) und wirft schließlich die Frage auf, ob es nicht möglich wäre, durch Verabreichung von gewissen Drüsensubstanzen einer frühzeitigen Entwicklung entgegenzutreten. *Kaumheimer* (München).[K]

Brettauer, Joseph: Further report of cases of dysmenorrhea relieved by nasal treatment. (Weitere Mitteilung von Fällen von Dysmenorrhöe, die durch nasale Behandlung geheilt werden.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. **3**, S. 381—385. 1913.

Verf. empfiehlt auf Grund seiner guten Erfahrungen bei 66 Frauen, die er bei dysmenorrhoischen Beschwerden nasal behandelte und die er großenteils (48) bis zu 3 Jahren beobachtete, die nasale Therapie. Die 66 Fälle werden in bezug auf Therapie und Erfolg einzeln angeführt. *Schäfer* (Berlin).

Watkins, Thomas J.: Infantile type of uterus with dysmenorrhoea. Report of cases treated during the last eight years. (Infantiler Uterus und Dysmenorrhöe.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 4, S. 461—463. 1913.

Die Dysmenorrhöe hängt oft von einem Zurückbleiben der Entwicklung des Uterus ab. Deswegen sollen Mädchen zur Zeit der Pubertät aus der Schule fernbleiben und sich viel im Freien bewegen. Neben dieser prophylaktischen Behandlung wird bei reinen Fällen zur Entwicklung des Uterus Cervixdilatation und Einführen eines Intrauterinpessars (Abbildung) empfohlen. Bei starken Blutungen in Verbindung mit Schmerzen werden Nebennierentabletten verordnet. Mitteilung der Resultate. *Schäfer* (Berlin).

Wiener, S.: Prolonged amenorrhea with bilateral ovarian dermoid cysts. (Langdauernde Amenorrhöe bei doppelseitigen Ovarial-Dermoidcysten.) Americ journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 4, S. 683—685. 1913.

25jährige Patientin, die vor 5 Jahren einmal geboren hat. Menses immer unregelmäßig. Seit 5 Jahren völlige Amenorrhöe, seit 4 Jahren anfallsweise auftretende heftige Schmerzen im Kreuz und linker Seite mit Miktionsbeschwerden. Bei der Untersuchung wurden doppelseitige über apfelsinengroße cystische Tumoren gefunden, die nach der Konsistenz für Dermoidcysten gehalten wurden. Die Operation bestätigte die Diagnose, glatte Rekonvaleszenz.

In der Literatur wird meistens betont, daß auch bei doppelseitigen Ovarialtumoren die Menses oft nicht gestört oder aber verstärkt sind. Amenorrhöe ist selten, da auch ein mikroskopisches Stück Ovarialgewebe eventuell die Menstruation veranlassen kann. In diagnostischer Beziehung ist dieser Fall jedenfalls von Wichtigkeit, daß völlige Amenorrhöe auch ein Symptom für doppelseitige Dermoidcysten sein kann.

Ruhemann (Berlin).

Riggles, J. Lewis: Premature menopause. (Frühzeitige Menopause.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18**, Nr. 12, S. 302—303. 1913.

Reynolds, Edward: Further points on the sterility of women. (Weitere Punkte über die weibliche Sterilität.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 15, S. 1363—1368. 1913.

Die Sterilität hängt oft von Störungen des Scheiden-, Cervix- und Uterussekretes, ferner der Tuben und von Störungen in den Ovarien ab. Die Methoden zur Behandlung der einzelnen Sekretstörungen werden angegeben: Medikamentöse Behandlung der Hyperacidität der Scheide, Beseitigung von Kongestionen im kleinen Becken, Ausdrücken eines alten Schleimpfropfes aus der Cervix durch Kompression, ferner Curettage und Desinfektion des Uterus und freie Uterusdrainage. Störungen von Ovarien und Tuben müssen meist durch große operative Eingriffe behoben werden. *Schäfer.*

Strong, L. W.: Methode der Schnellreifung des Hämatoxylins. Zeitschr. f. wiss. Mikroskop. u. mikroskop. Techn. Bd. **30**, H. 2, S. 175. 1913.

Zu einer Lösung von 1 g Silbernitrat in 50 ccm destilliertem Wasser wird tropfenweise unter jedesmaligem Schütteln eine verdünnte Lösung von Natriumhydroxyd hinzugefügt, bis kein Niederschlag von braunem Silberoxyd mehr gefällt wird. Gründliches Auswaschen des Niederschlages mit destilliertem Wasser zur vollkommenen Befreiung von Alkali; bis 10 mal zu wiederholen; Prüfung durch Lackmuspapier oder Phenolphthalein. Das frisch gefällte Silberoxyd wird zur Hämalaun- oder zur Methylenblaulösung hinzugefügt. Ein bis zwei Stunden stehen lassen, dann filtrieren. Bei der Herstellung von Eosin-Methylenblau Kombinationen läßt man das mit Silberoxyd vermischte Methylenblau 1—2 Tage stehen und gibt dann die Eosinlösung hinzu.

Weishaupt (Berlin).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

● **Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Hrsg. v. W. Kolle u. A. v. Wassermann. 2. verm. Aufl.** Jena: Fischer. 1913. Bd. 2, Hälfte 2. III, 768 S., 1 Taf. V. Bd. III, 1356 S., 26 Taf. M. 24.— u. M. 53.—.

Swope, S. D.: The present status of serum therapy. (Der gegenwärtige Stand der Serumtherapie.) Texas State journal of med. Bd. **9**, Nr. **6**, S. 184 bis 185. 1913.

Kurzer Überblick ohne strenge Unterscheidung zwischen Serumbehandlung und aktiver Immunisierung. Bei Diphtherie, Tollwut, Tetanus, Meningitis hält Verf. die Serumtherapie für brauchbar, fraglich bei Scharlach, Gonorrhöe, Eitererkrankungen und Koliinfektion. Die Friedmannsche Tuberkulosebehandlung kann noch nicht beurteilt werden. *Gins.*

Allgemeine Therapie:

Fraenkel, Manfred: Lösung parametritischer Verwachsungen durch Röntgenstrahlen. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 42, S. 1570—1572. 1913.

Fraenkel konnte nach Röntgenbestrahlung in etwa 75% aller Fälle, bei denen vorher Verwachsungen an den Genitalien zu konstatieren gewesen waren, dieselben gebessert oder ganz geschwunden finden. Starr fixierte Uteri waren beweglicher geworden, dicke parametrane Stränge weicher und weniger vorspringend, die Douglas-

bänder beim Anspannen nicht mehr empfindlich; in einem Falle war eine fest verwachsene Ovarialcyste verschieblich geworden. Fr. erklärt diese Rückbildung von Verwachsungen durch die Röntgentherapie zum Teil mechanisch, indem die sich verkleinernden Myomuteri durch Zugwirkung eine Ablösung oder Abreißung der Adhäsionen bewirkten. In anderen Fällen muß eine Einschmelzung der Verwachsungen durch direkte Wirkung der Röntgenstrahlen angenommen werden. Dies war besonders bei kleinen fixierten Uteris und bei Peritonealtuberkulosen der Fall. Bei einigen derartigen Beobachtungen konnte das Zurückgehen der Adhäsionen durch Laparotomie kontrolliert werden. *Cohn* (Greifswald).

Heimann, Fritz: Zur Röntgentiefentherapie. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Strahlentherapie Bd. 3, H. 1, S. 276—278. 1913.

Die Erfolge der Röntgentherapie bei Myomen und metritischen Blutungen sind der von der Freiburger Klinik ausgearbeiteten Intensivbestrahlungsmethode zuzuschreiben, die sich auch die Breslauer Klinik zu eigen gemacht hat.

Technik: 50 cm Induktor, Gasunterbrecher, Rhythmeur, harte Müller-Röhren mit Wasserkühlung, Belastung $7^1/_2$ M.-A. Dosimeter: Sabouraud - Noiré-Tabletten und Kienböcks Quantimeter. Um Fehler der Dosierung zu vermeiden, ist öfteres Eichen der Röhren angezeigt. Filter 3 mm Aluminium, Fokushautabstand 20 cm, Tubus 7 cm breit, Kompression der Haut mit dem Filter, keine Desensibilisierung. 8 Einfallspforten: 5 Abdomen, rechte und linke Seite und ev. Vagina. In 10—12 Minuten Erythemdosis erreicht; jede Pforte $^3/_4$ Erythemdosis gleich einer Serie, 3 Serien hintereinander gegeben, dann 3—4 Wochen Pause, 200—300 X gegeben, Dauer 2 Monate.

40 Fälle behandelt, bei Myomen kein Versager. Neben Amenorrhöe Schrumpfung des Myoms stets beobachtet. Keine Kontraindikation bei stark ausgebluteten Frauen wegen fehlenden Reizstadiums bei Intensivbestrahlung, sonst Kontraindikationen wie bei andern Röntgentherapeuten; junge Frauen von der Röntgentherapie möglichst fernzuhalten. Für metritische Blutungen gilt dasselbe wie für Myome; Malignität, durch Ausschabung festzustellen, soll sofort operiert werden. Von Carcinomen werden nur inoperabele und operierte post operationem bestrahlt, über den Erfolg läßt sich z. Zt. Abschließendes nicht sagen. Die Strahlentherapie kann trotz ausgezeichneter Leistungen die Operation noch nicht ersetzen. *Lohfeldt* (Hamburg).

Steinhaus, Jules: L'action des rayons X sur les tissus néoplasiques comparativement à celle sur les tissus normaux. (Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Geschwulstgewebe verglichen mit der auf normale Gewebe.) Journal méd. de Bruxelles Jg. 18, Nr. 35, S. 351—354. 1913.

Nachdem Verf. festgestellt hat, daß die Empfänglichkeit für Veränderungen durch Röntgenstrahlen bei den normalen Geweben lediglich davon abhängt, ob die Zellen sich schnell vermehren und entsprechend schnell zugrunde gehen oder umgekehrt, wendet er denselben Grundsatz auf die Geschwülste an, die nur dann gegen Röntgenstrahlen empfindlich sind, wenn ihre Zellen in lebhafter Teilung begriffen sind. Was man als ihre spezifische Empfänglichkeit ansieht, ist auf genau dieselben Vorgänge zurückzuführen, die bei den normalen Geweben den bekannten Unterschieden zugrunde liegen. *Denks* (Hamburg).CH

Seuffert von: Sur la radiothérapie en gynécologie. (Die Radiotherapie in der Gynaekologie.) Arch. d'électr. méd. Jg. 21, Nr. 368, S. 375—388. 1913.

Verf. bespricht die Resultate und Gefahren der Bestrahlung mit weichen Filtern und in Parallele dazu die Bestrahlung nach der Freiburger Filter-Nah-Kreuzfeuer-Methode, nach der seit Herbst 1911 in der Münchener Universitätsfrauenklinik (Döderlein) bestrahlt wird. In einer übersichtlichen Tabelle werden die Resultate der bisher nach dieser Methode behandelten Myome und Metropathien mitgeteilt, unter denen bisher keine Versager waren; die Fälle wurden nicht ausgewählt.

Es wird die genauere Technik mitgeteilt: Luftgekühlter Induktor, Quecksilberunterbrecher mit Rhythmeur, Müller - Wasserkühlröhren Rapid oder Penetrans, Osmoregulierung; Röhrenhärte 9—10 Wehnelt, kontrolliert durch Wehneltkeil und Bauersches Qualimeter. Seit November 1912 außerdem ein unterbrecherloser Apparat in Verwendung. Bei Gebrauch

des Rhythmeurs 6 M.-A., sonst $2^1/_2$ M.-A. im Sekundärstromkreis. Fokus-Haut-Distanz bei den gewöhnlichen Röhren $18^1/_2$ cm, bei Anwendung der Penetransröhren nur $13^1/_2$ cm, Filter 3 mm Al., durchschnittlich 20 Felder zu 25 qcm je 10—15 mal im Laufe eines Tages, dann dreiwöchentliche Pause. Nie bisher Hautschädigungen bei dieser Technik beobachtet. *Lembcke.*

Schauta, F.: Radium und Mesothorium bei Carcinoma cervicis. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, H. 5, S. 503—517. 1913.

Verf. sah bei 24stündiger Anwendung von 10 mg Mesothorium außer nekrotischem Zerfall kein Resultat. Die Dauerbestrahlung mit Mesothorium wurde so durchgeführt, daß 66 mg, gefiltert mit 0,3 mm dicken Bleiplatten und 0,5 mm dicken Silberplatten, 7 Tage am Ort der Erkrankung liegen blieben; dann 14 Tage Pause und erneute Bestrahlung. Radium wurde durch 2 mm dickes Blei gefiltert; 50—100 mg wurden meist 8—9 Tage angewendet, worauf eine 8—10tägige Pause folgte. Radium erschien wirksamer als Mesothorium.

Wirkung des Radiums: 1. lokale Erscheinungen. Nach der 1., spätestens 3. Serie war mikroskopisch kein unverändertes Carcinom mehr nachweisbar, manchmal das Carcinomgewebe überhaupt nicht mehr erkennbar. Die Infiltration der Parametrien blieb stabil oder ging zurück. Die höckerigen, die Portio einnehmenden Massen verschwanden. Die Wirkung ist eine elektive; nie wurde das gesunde Scheidengewebe angegriffen. 2. Allgemeinwirkung: Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Darm- und Blasenschmerzen. Obstipation und Diarrhöe, zuweilen Temperaturerhöhungen schwanden meist 24 Stunden nach Entfernung des Radiums. 3. Schädigende Wirkungen: 2 schwere Blutungen, 1 Blasenscheidenfistel, 1 Rectovaginalfistel. Bei der elektiven Wirkung des Radiums ist es fraglich, ob das Entstehen von Fisteln dem Radium zugeschrieben werden darf. — Bei der Radiumbehandlung muß individualisiert werden; es ist zu berücksichtigen: die Masse des zu zerstörenden Carcinoms, der Sitz des Carcinoms, das mehr oder weniger Ergriffensein der Septa zwischen Blase und Rectum gegen die Scheide und der Allgemeinzustand der Patientin. — Indikationen: Alle operativen Fälle sind nach wie vor zu operieren, und zwar mit der erweiterten vaginalen Radikaloperation des Verf., die eine Mortalität von nur 3,6% aufweist. Nach der Operation ist eine nicht zu intensive Radiumbehandlung angezeigt. Der Radiumbehandlung sind ferner zuzuweisen alle inoperablen und die schwer operativen Carcinome. Kontraindiziert ist sie, wenn die Septa zwischen Scheide und Blase bzw. Rectum vollkommen ergriffen sind, und bei hochgradiger Kachexie. Zur Behandlung genügen 40—50 mg Radium, die 5 Tage liegen bleiben; nach einer 10tägigen Pause erneute Applikation. — Heilerfolge: Man muß sich hüten, die lokale Heilung mit Heilung überhaupt zu verwechseln. Hier heißt es, mindestens 3—5 Jahre abwarten. — Im Anhang folgen Auszüge aus den Krankengeschichten der 16 behandelten Frauen. *Jaeger* (München).

Faure, J. L.: Traitement du cancer utérin par les rayons ultra-pénétrants de radium. (Behandlung des Uteruscarcinoms mit ultrapenetranten Radiumstrahlen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 7, S. 610—616. 1913.

Faure empfiehlt die Radiumbestrahlung 1. als Palliativum bei inoperablen Fällen, 2. ante operationem bei den Fällen zweifelhafter Operabilität um sie operabel zu machen, 3. bei operablen Fällen postoperativ. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Jung, Ph.: Zur Mesothoriumbehandlung bei Genitalcarcinomen. (*Frauenklin., Göttingen.*) Strahlentherapie Bd. 3, H. 1, S. 246—250. 1913.

Bericht über 4 Fälle von inoperablen Genitalcarcinomen, welche mit 100 mg Mesothorium behandelt wurden. Als Filter wurde eine Bleikapsel von 2 mm Stärke, welche in eine dünne Gummikapsel eingebunden war, benützt. Applikationsdauer 24 Stunden bis 4 Tage. Erfolg: Zerfall des Krebsgewebes, starke Bindegewebswucherung, Überhäutung des neugebildeten Bindegewebes durch Schleimhaut, Verschwinden der Blutung und Jauchung.

Beweise für Dauerheilung sind jedoch noch nicht erbracht und Verf. rät, gut operable Fälle nicht ausschließlich mit Mesothorium zu behandeln. Postoperative Bestrahlung der Narbe hält er wegen eventueller Vernichtung von stehengebliebenem Krebsgewebe für vorteilhaft. Kombination des Mesothoriums mit Röntgenbestrahlung wird wegen Wachstumsbeschleunigung nicht empfohlen. Die Schädigung des Mastdarmes (blutige, eitrige Sekretion und starke Tenesmen) behob sich in einigen Tagen wieder. *Dorn* (Kempten).

Ranzi, E., H. Schüller und R. Sparmann: Erfahrungen über Radiumbehandlung der malignen Tumoren. (*I. chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 41, S. 1651—1661. 1913.

Verf. berichtet über 53 Fälle maligner inoperabler Tumoren, welche mit Mesothorium bestrahlt wurden. — Das verfügbare Radium betrug 225 mg und 150 mg Mesothorium. Teils wurden Flächenträger, teils Dominici-Röhrchen verwendet. Starke Filterung der Strahlen mit Bleifilter, Gold-, Silber-, Platin- und Magnaliumfilter von wechselnder Stärke (0,5—2 mm). Sekundärfilterung mit Kautchuk und Guttapercha. Die Gesamtmilligramm-Stundenzahl betrug 5—11 000 mg/Std. pro Sitzung. Das Radium wurde teils auf den Tumor gelegt, teils in denselben hinein. Einteilung der Fälle in 2 Gruppen: Präventivbestrahlte und Kurativbestrahlte. Von den sechs der ersten Gruppe zeigten drei innerhalb kurzer Zeit ausgedehnte Rezidive. Von den 47 kurativ behandelten Fällen blieben nur 36 zu verwertende Fälle übrig. Davon erwiesen sich sieben als vollkommen aussichtslos; sechs Pat. starben während der Behandlung; in drei Fällen wurde unter der Radiumbehandlung ein Verschwinden eines Carcinomknotens beobachtet. In sechs Fällen trat nur ein sehr geringer therapeutischer Einfluß auf; in weiteren drei Fällen wurde eine Verschlechterung (rasches Wachstum des Tumors) beobachtet. In elf Fällen konnte ein deutlicher günstiger Einfluß (Verkleinerung der Tumoren) konstatiert werden. — Die Behandlung dieser Fälle ist noch nicht abgeschlossen. Die elektive Wirkung des Radiums auf Tumorzellen wird, wenigstens klinisch, bestritten. Als Schädigung erwähnt Verf. die leichte Verbrennung des umgebenden gesunden Gewebes, Perforation der Organe (Oesophagus, Rectum usw.) mit nachfolgender Infektion; ferner Blutung durch Arrosion der Gefäßwand. Nicht nur in kleinen Dosen, sondern auch in hohen Dosen sah Verf. in einigen Fällen einen Anreiz zur Carcinomentwicklung, indem durch die Zerstörung des Tumors im Zentrum das Weiterwachsen an der Peripherie befördert wurde. Das Gesamtresultat war ein recht unbefriedigendes, nachdem von 53 bestrahlten Fällen nur 3 einen sichtlichen Tumorschwund erkennen ließen. Für operable Fälle ist die Radiumbestrahlung vollkommen unberechtigt. *Dorn* (Kempten).

Sigwart, W.: Über die Rückbildung der Blasenveränderungen bei bestrahlten Collumcarcinomen. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 45, S. 1645—1648. 1913.

Weit vorgeschrittener Fall von Cervixcarcinom kombiniert mit einem zweifaustgroßen Uterus myomund sehr ausgedehntem bullösen Ödem des Blasenbodens, das bis zu den Ureteren herangeht und nicht nur das Trigonum, sondern auch den größten Teil des Fundus einnimmt. Pat. erhielt in 3 Wochen 16 800 Milligrammstunden Mesothorium bei Einzeldosen von 100 bis 200 mg und etwa 600 X Kienböck. Danach war die Entzündung der Blasenschleimhaut zurückgegangen, ebenso das bullöse Ödem im großen und ganzen geringer geworden. Nach 3wöchigem Aussetzen der Behandlung war das Myom ganz verschwunden, die Infiltration in den Parametrien links kaum zu fühlen, die vorher kolbige carcinomatöse Portio ebenso der Uterus hatten normale Form angenommen. In der Blase war von bullösem Ödem nichts mehr zu sehen. Durch den Rückgang des bullösen Ödems ist bewiesen, daß auch die noch gegen die Blase zu vorgeschobenen carcinomatösen Veränderungen günstig beeinflußt sind. Der Rückgang des bullösen Ödems beweist den Rückgang des Carcinoms. *Penkert* (Halle a. S.).

Christen, Th.: Das Prinzip des Iontoquantimeters. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. **9**, S. 96—97. 1913.

Mit dem Iontoquantimeter wird die Flächenenergie, d. h. die auf die Flächeneinheit geworfene Röntgenenergiemenge unabhängig vom Härtegrad gemessen. Dadurch wird ermöglicht, Intensitäten, Flächenenergien oder Dosen von verschiedenem Härtegrad miteinander zu vergleichen. Das Anwachsen der Dosis während der Bestrahlung ist am Vorrücken eines Zeigers über einer Skala abzulesen. *Dorn* (Kempten).

Schönfeld, August: Das Röntgeninstitut des Kaiser-Jubiläums-Spitales der Stadt Wien. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21**, H. 2, S. 208—229. 1913.

Baumeister, L., und Fr. Janus: Entwicklung der Apparatur für Intensiv-Röntgentiefentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21**, H. 2, S. 240 bis 244. 1913.

Schlenk, Friedrich: Eine vom Vakuum unabhängig „regulierbare" Röntgenröhre. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21**, H. 2, S. 206—208. 1913.

Krause, Paul: Über eine neue Tiefenbestrahlung. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. **9**, S. 68—69. 1913.

Demonstration einer Röntgenröhre mit planer Kathode. Die auf die Antikathode fallenden Strahlen werden durch sie gefiltert. Die Antikathode liegt möglichst nahe der Glaswand an, um eine geringe Entfernung zwischen ihr und dem zu bestrahlenden Objekt zu ermöglichen. Wegen schneller Erwärmung der Glaswand nur geringe Belastung möglich. Nach Walter ließe sich eine Kühlung durch Wasserstrom anbringen. Klinische Erfahrungen sind mit dieser Röhre noch nicht gesammelt. *Müller-Carioba* (Freiburg).

Broglie, M. de: Recherches sur la diffraction des rayons de Röntgen par les milieux cristallins. (Untersuchungen über die Brechung der Röntgenstrahlen durch krystallinische Medien.) **Radium Bd. 10, Nr. 8, S. 245 bis 249. 1913.**

Verf. bespricht an Hand von Photogrammen die Brechungsphänomene, die bei dem Durchtritt von Röntgenstrahlen durch verschiedene Krystalle auftreten. *Lembcke.*

Schüller, Hugo: Über die Erfahrungen mit Rademanit bei Carcinom. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 41, S. 1661—1662. 1913.

Rademanit ist ein in Silber oder Magnaliumbehältern verlötetes Kohlenpulver, in welchen hochwertige Radiumemanation akkumuliert ist. Die Aktivität wird nicht beibehalten, sondern verliert in 24 Stunden 16%, in 4 Tagen die Hälfte der ursprünglichen Radioaktivität. Die Erfolge decken sich mit denen des Radiums. Rademenit bedeutet einen wesentlichen technischen Fortschritt. *Dorn* (Kempten).

Girard: L'aérothermothérapie en gynécologie. (Heißluftbehandlung in der Gynaekologie.) Thèse. Paris 1913.

● **Frankl, Oscar: Les méthodes physiques de traitement en gynécologie.** (Die physikalischen Behandlungsmethoden in der Gynaekologie.) Paris: A. Maloine. 1913. 62 Fig. Frcs. 10.—.

Leszlényi, O.: Zur internen Behandlung der Gonorrhöe mit Kawotal. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. **63,** Nr. 43, S. 2794—2796. 1913.

Kawotal ist ein Gemenge von dekrystallisierter Kawa-Kawa und Sandelholzöl im Verhältnis 1 : 5. Es wird in Gelatinekapseln à 0,25 ol. Sant. und 0,05 Resina Kawa-Kawa täglich 6—8 Kapseln nach der Mahlzeit verabreicht. Bei akuter Gonorrhöe und akuten Nachschüben älterer Fälle wurde anfangs 6—8 Tage Kawotal gegeben und dann mit lokaler Therapie begonnen.

Dabei sah Leszlényi, daß die Sistierung der Sekretion sowie die Klärung des Urins rascher erfolgte als nach anderen Behandlungsmethoden. Üble Nebenwirkungen fehlten, nur in einzelnen Fällen Aufstoßen und Appetitlosigkeit. Das Präparat ist nicht teuer. *Heuck* (Ludwigshafen).

Kalabin, J. S.: Über die Anwendung des Phobrols in der geburtshilflichen und gynaekologischen Praxis. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 44, S. 1627-1629. 1913.

Phobrol (Hoffmann, La Roche & Co.) ist eine 50proz. Lösung des Chlormetakresols in rizinusölsaurem Kali. Verf. verwandte ½proz. wässerige Phobrollösung bei 5 geburtshilflichen und 4 gynaekologischen Fällen zur Spülung. Die Lösung besitzt bakterieide Eigenschaften, wird von den Kranken gut vertragen (nur geringes Brennen an den äußeren Genitalien) und wirkt nicht toxisch. *Hirsch* (Berlin-Charlottenburg).

Sauerland, F.: Über die Resorption von Arzneimitteln aus Salben bei Anwendung verschiedener Salbengrundlagen. Dissertation. Berlin 1913.

Allgemeine Chirurgie:

Langfeldt: Der Krystall-Alkohol als Desinfektionsmittel. Frauenarzt Jg. **28,** H. 10, S. 438—439. 1913.

Calcium chloratum ($CaCl_2 \times 6H_2O$) wird erhitzt, verliert dabei sein Krystallwasser und zerfällt zu einem amorphen Pulver, das sich mit 4 Teilen Alkohol zu Krystallen verbindet. Dieser Krystallalkohol ($CaCl_2 \times 4C_2H_6O$) wirkt stark desinfektorisch sowohl durch seine Chlor- als Calcium- als auch Alkoholkomponente. Die Krystallsalze sind ungiftig, geruch- und farblos, nicht ätzend, lösen sich leicht und ohne zu zersetzen in Wasser und sind daher zur Desinfektion der Hände und des äußeren Genitales geeignet. Für Endometritis puerperalis empfiehlt der Verf. Spülungen mit einer Lösung von 2 Eßlöffel Calcium chloratum auf 7 l Wasser. *Moos* (Breslau).

Besançon-Gillot: Accidents cardiaques au cours de l'intoxication par le sublimé. (Das Herz bei Sublimatvergiftung.) Thèse. Paris 1913.

● **Bettinger, H.: De la rachicocainisation suivant le procédé du Dr. le Filliatre...** (Rachicocainisation nach dem Vorgehen von Dr. le Filliatre.) Paris: Vigot frères. 1913. Frcs. 2.50.

Zweifel, Erwin: Klinisch-experimentelle Versuche mit Lachgas-Sauerstoff-Narkose. (*Univ.-Frauenklin., München.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 5, S. 546—560. 1913.

Eigene Versuche mit dem Neu:chen Apparat an 40 Fällen mit gutem Erfolg, demgegenüber Versuche mit dem Apparat von Gatsch (Schlimpert), die genau so gut

ausfielen, der aber weit billiger arbeitet. Verf. kommt zu folgenden Resultaten: Es ist möglich, in reiner Lachgas- oder Lachgas-Sauerstoffnarkose kleinere Operationen schmerzlos durchzuführen. Die Lachgasnarkose mit und ohne Sauerstoff eignet sich sehr gut zur Einleitung der Chloroform-Äthernarkose. Die Lachgas-Sauerstoffnarkose läßt sich durch eine Gabe von 0,5—1,0 Veronal am Abend vor der Operation und vorhergehende Injektion von Morphium-Scopolamin vertiefen. Die Lachgas-Sauerstoffnarkose ist für den Patienten die angenehmste Art der Inhalationsnarkose. Ist die Narkose ungenügend, so kann man sie jederzeit ohne Schaden für den Patienten mit Chloroform oder Äther fortsetzen. Die Lachgas-Sauerstoffnarkose ist die lebenssicherste aller Narkosen. *Peitzsch* (Barmen).

Carter, Wm. S.: A safe and convenient method of giving a uniform vapor of an anesthetic. (Sichere und bequeme Methode zur gleichmäßigen Verdunstung eines Anästheticums.) Texas State journal of med. Bd. **9**, Nr. 6, S. 179 bis 181. 1913.

Zur Vermeidung unregelmäßiger Verdunstung eines Anästheticums, die, besonders bei Chloroform gefährlich, auch bei Äther Gefahren, Unruhe des Patienten und unangenehme Nachwirkungen hervorruft, gibt Autor eine Modifikation der Guthrieschen Flasche an. Durch den Metalldeckel einer Flasche mit weiter Mündung führt eine T-förmige Röhre, die mit ihren seitlichen Öffnungen die Verbindung des Flascheninnern mit dem Luftraum herstellt, sowie eine Röhre mit seitlichem, zum Mundstück führenden Anschluß. In letzterer öffnet sich bei Ausatmen eine Klappe nach oben zur Öffnung nach außen, bei Einatmen eine andere nach unten in das Flascheninnere. Da der für klinische Zwecke nötige größere Durchmesser der Röhren durch zu schnelle Verdunstung und Vereisung den Prozeß der Verdunstung hindert, ist die Flasche in einem Gefäß mit warmem Wasser, einer doppelten Blechflasche mit Wasserfüllung, oder in einem Kasten mit 2 oben befestigten Glühbirnen von 8 Kerzen unterzubringen. Bei guter Anästhesie ist allmählich die 2. Birne auszuschalten. Das Kochen des Äthers ist durch Filzumhüllung des unteren Flaschenteiles zu verhindern. Kalte Anästhetika entziehen auch dem Patienten zu viel Wärme. Im Beginn der Narkose ist zuerst die Luft zuführende Röhre offen zu halten, später behufs Steigerung der Narkose zu schließen. Bei Chloroform ist die Luft zuführende Röhre sehr langsam zu schließen, die andere Röhre bis an den Deckel herauszuziehen. *Mohr* (Berlin).

Seybold, John W.: The benefits of double anesthesia. (Die Vorteile der zweifachen Anästhesierung.) Denver med. times Bd. **33**, Nr. 2, S. 44 bis 46. 1913.

Nach einem Hinweis auf die, bei jeder Allgemeinnarkose zu beobachtenden allgemeinen Vorsichtsmaßregeln (vorherige Atropin-Morphium- oder Hyoscin-Morphiuminjektion und langsame gleichmäßige Darreichung des Anäestheticums zur Vermeidung des Exzitationsstadiums und seiner Folgen: Acapnie d. h. CO_2-Mangel, worauf Verf. auch manche Fälle von „Status-lymphaticus-Tod" zurückführen will, sowie des O-Mangels: Cyanose, die besonders in Beckenhochlagerung einem schwachen Herzen gefährlich werden kann) empfiehlt Verf. sehr die von Crile Anociassoziation genannte Methode der zweifachen Anästhesie. Diese bezweckt durch eine, nach Einleitung der Allgemeinnarkose, lege artis mittels 1: 400 Novocainlösung ausgeführte Lokalanästhesie des Operationsfeldes jeden Reiz von hier aus nach dem Gehirn auszuschalten und damit auch den postoperativen Meteorismus und das sog. aseptische Wundfieber, welche beide Verf. für identisch hält, zu verhüten. Da jede Reaktion von seiten der Wunde hierbei wegfällt, soll der Gebrauch der intraabdominalen Gazekompressen sich ganz oder fast ganz vermeiden lassen. Nach Schluß der Wunde soll jeder Reiz von hier zum Gehirn durch eine subcutane Injektion von $^1/_2$ proz. salzsaurer Chinin-Harnstofflösung verhindert werden. Wenn auch Chloroform und Äther sich als Allgemeinnarkose für diese doppelte Anästhesierung eignen, so empfiehlt Verf. doch besonders die Stickoxydul-Sauerstoffnarkose, bei welcher bei dieser Methode die postoperative Nachwirkung so gering war, daß die Pat. direkt nach der Operation mit Rückenstütze halbsitzende Stellung im Bett einnehmen (to put on the back-rest) und soweit nur die Narkose in Frage kam, direkt trinken und auf Wunsch auch essen durften. *Vaßmer* (Hannover).

Gellhorn, George: Local and spinal anesthesia in gynecology and obstetrics. (Lokal- und Lumbalanästhesie in Gynaekologie und Geburt.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 15, S. 1354—1358. 1913.

Empfehlung der Lokalanästhesie (bis zu 10 ccm einer 1,25 proz. Novocainlösung mit einigen Tropfen Suprarenin: Injektion in die Substanz der Cervix von vier Einstichen aus oder pericervicale Infiltration) zur Vornahme von kleinen gynaekologischen Eingriffen an der Portio, Cervix, zu Curettagen und zur Abortausräumung. Für Ope-

ration von Blasenfisteln wird die Instillation einer 2proz. Novocainlösung in die Blase empfohlen; das durch die Fistelöffnung abfließende Anaestheticum gibt genügende Lokalanästhesie.

Bericht über 51 Fälle von mit bestem Erfolg in Lumbalanästhesie ausgeführten schweren gynaekologischen Operationen. *Albrecht* (München).

Babcock, W. Wayne: Spinal anesthesia in gynecology, obstetrics and abdominal surgery. (Lumbalanästhesie in der Gynaekologie, Geburtshilfe und Abdominalchirurgie.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 15, S. 1358—1363. 1913.

Bericht über Erfahrungen an 3000 Fällen: die Lumbalanästhesie hat zur Voraussetzung eine vorzügliche Technik, peinlichste Asepsis, genaue Dosierung einwandfreier Lösungen, wenn üble Zufälle vermieden werden sollen. Sie bewirkt eine Blutdrucksenkung und ist bei niederem Blutdruck nur mit Vorsicht anzuwenden (Widerspruch in der Diskussion durch Taussig). Verf. macht bei allen Bauchoperationen, besonders entzündlichen Affektionen und schweren, lange dauernden Eingriffen den ausgedehntesten Gebrauch mit stets gleich ausgezeichnetem Erfolg. Bei 3 Fällen von schwerem mechanischem Ileus sah er prompte Beseitigung der Obstruktion nach der Spinalanästhesie. — In der Geburtshilfe beobachtete er eine Verringerung der Blutung bei geburtshilflichen Operationen, bei Eklampsie eine günstige blutdrucksenkende Wirkung. *Albrecht* (München).

Senge, J.: Meningitis purulenta et Encephalitis haemorrhagica nach Lumbalanästhesie, verursacht durch einen eigenartigen Sporenbildner. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 699—708. 1913.

Bei einer Patientin wurde unter Lumbalanästhesie (Injektion von steril befundener Stovainlösung mit einigen Tropfen Suprarenin) eine Kolporraphie gemacht; 7 Stunden post operationem machten sich die ersten klinischen Symptome einer Meningitis bemerkbar. Exitus 37 Stunden post operationem. Sektion bestätigt die klinische Diagnose. Bakteriologisch werden dicke, plumpe Stäbchen mit Sporenbildung gefunden; kein Milzbrand. Tierversuche bestätigen die Giftigkeit der Bakterien. „Sporen waren noch lebensfähig, wenn sie 15—18 Stunden lang kochendem Wasser ausgesetzt waren. Bei Einwirkung trockener Hitze von 145° wurden sie erst nach 20 Minuten getötet."

Forderung der von Hackerschen Klinik also berechtigt: „Sterilisationsdauer von Spritze und Cocain bis zu einer halben Stunde bei einer Temperatur von 110°." Zusammenstellung der Literatur. Genaue Beschreibung des Falles im Zentralblatt für Bakteriologie. *Breslauer* (Breslau).

Zaaijer, J. H.: Nasale Überdrucknarkose. (*Chirurg. Klin., Leiden.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40**, Nr. 45, S. 1737—1738. 1913.

Funk, V. A.: Acute postoperative intestinal obstructions. (Akuter postoperativer Darmverschluß.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 10, S. 443—449. 1913.

Man unterscheidet mechanischen (durch Adhäsionen) und paralytischen Ileus (durch Lähmung der Darmnerven). Er kann primär (in den ersten Tagen nach der Operation) und sekundär (3—5 Wochen nachher) erfolgen. Anführung eines Falles, wo nach Hysterektomie und glatter Rekonvaleszenz 3 Wochen nach der Operation ein Ileus auftrat. Die Obduktion ergab Abschnürung einer Dünndarmschlinge durch eine vom Cervixstumpf ausgehende Adhäsion. Besprechung der Pathologie und Symptomatologie.

Der paralytische Ileus tritt 24—28 Stunden nach der Operation und früher ein. Beim mechanischen Ileus hängen das Einsetzen des Erbrechens und der Grad des Meteorismus vom höheren oder tieferen Sitz des mechanischen Hindernisses ab. Deutlich lokalisierter Schmerz. Diagnose in der Regel leicht. Sofort Laparatomie, wenn Diagnose gestellt; Bruchpforten sorgfältig nachsehen. Prognose hängt von der Promptheit des Eingriffes ab. Beschreibung von 5 eigenen Fällen. Prophylaxe: Schonende Behandlung des Peritoneums bei Laparatomien, bei infiziertem Bauchfell peinliches Abdecken gegen die gesunden Partien, gute Vorbereitung zur Operation, keine trockenen, sondern feuchte Kompressen verwenden, sorgfältige Blutstillung, Entfernung der Blutcoagula, Heilung durch Granulationen möglichst vermeiden. Bei schlechtem Allgemeinbefinden in eitrigen Fällen Enterostomie. *Schmidt* (Tübingen).

Crile, Geo. W.: The kinetic theory of surgical shock and anociassociation. (Die kinetische Theorie der chirurgischen Shocks und „Anociassoziation".) Interstate med. journal Bd. **20,** Nr. 6, S. 499—506. 1913.

Die Faktoren, die den sogenannten chirurgischen Shock ausmachen, haben mit der einfachen körperlichen Erschöpfung und dem psychischen Phänomen der Furcht gemeinsam, daß sie morphologische Veränderungen in den Hirnzellen produzieren. Crile führt ein neues Operationsprinzip, die von ihm sogenannte Anociassoziation ein, das darin besteht, daß durch ein bestimmtes Vorgehen vor, während und am Schluß der Operation die Nocizeptors (die die Schädlichkeit aufnehmenden Elemente) blockiert werden. Er erreicht das erstens durch Verabreichung von Scopolamin-Morphium vor der Operation, ferner durch möglichst ausgiebige Abschneidung des Operationsfeldes von seinen Nervenleitungen zum Gehirn durch Novocain-Infiltration, trotz Darreichung voller Narkose, und gibt endlich zur Ausschaltung der postoperativen Zustände ein Lokalanaestheticum von dauerndem Effekt: die den Nahtlinien benachbarten Teile werden mit Chinin und salzsaurem Harnstoff infiltriert. Von demselben Gesichtspunkt aus, d. h. möglichster Vermeidung der Zellveränderungen im Gehirn ist für C. das Narkoticum der Wahl das Stickoxyd, Lachgas, das, experimentell geprüft, dreifach geringere Zellveränderungen und $2^1/_2$fach geringere Blutduckssenkungen macht als der Äther. — C. schreibt die in den letzten Jahren vorher nie erreichten Erfolge der von ihm zu einer Methode erhobenen Anociassoziation zu. *Hirschmann* (Berlin).[CH]

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Schumacher, J.: Zur Gonargintherapie. (*Max Josephs Poliklin. f. Hautkrankh., Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 44, S. 2147—2149. 1913.

Nach den Erfahrungen des Verf. ist das Gonargin ein spezifisch wirkendes Mittel bei gonorrhoischen Komplikationen, es ist von größtem Nutzen bei der Arthritis gonorrhoica und Tendovaginitis. Die intramusculäre Applikation des Mittels verdient den Vorzug vor der intravenösen. *Blanck* (Potsdam).

Glück, A.: Biologische Studien an Gonokokken unter besonderer Berücksichtigung des Uranoblens. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 43, S. 2076 bis 2078. 1913.

Uranoblen, die wirksame Substanz der Bruckschen Caviblenstäbchen ist eine Silberverbindung gekuppelt an Uranin, einen Fluorescinfarbstoff von eminentem, an totem und lebendem Material experimentell nachgewiesenem Diffusionsvermögen in tierischen Organen. Silbergehalt 40%; wasserlöslich 1: 500; mit Eiweiß und Salzen kein Niederschlag. Bei Desinfektionsversuchen an Gonokokkenreinkulturen erwies sich das Uranoblen als sehr stark gonokokkentötend und schon sicher wirksam in 10fach geringerer Konzentration als der therapeutisch anwendbaren. Abtötungsversuche mit Uranoblen und anderen Silberpräparaten ergaben so große Unterschiede zwischen den einzelnen Gonokokkenstämmen in ihrer Resistenz gegenüber Silbersalzen, daß der Schluß berechtigt erscheint, daß die schwere therapeutische Beeinflußbarkeit mancher Gonorrhöen auf einer relativen Silberfestigkeit des betreffenden Gonokokkenstammes beruht. *Bischoff* (Düsseldorf).

Kachel: Über Tuberkelbacillen im strömenden Blut. (*Med. Poliklin. u. med. Klin., Tübingen.*) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **28,** H. 2, S. 275—282. 1913.

Bei 5 schweren Lungentuberkulosen konnte Verf. 4mal, bei 21 Skrofulosen 5mal säurefeste Stäbchen im strömenden Blute nachweisen. Bei 6 anderen Kranken und 5 Gesunden erhielt er ein negatives Ergebnis. Der Tierversuch war bei 45 Meerschweinchen 8mal positiv. Auf Grund dieser Versuche glaubt Verf., daß allein der Tierversuch über die Natur der im Blute gefundenen Stäbchen entscheidend ist. Da es sich nur in einem geringen Teile um virulente Tuberkelbacillen handelte, ist der Befund von säurefesten Stäbchen im Blute nicht ohne weiteres in diagnostischer und prognostischer Beziehung von Bedeutung. *Stammler* (Hamburg).[CH]

Allgemeines über Geschwülste:

Adami, J. C.: Symposium on cancer. Cancer research institute. (Transact. of the New York acad. of med. meet., 15. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 4, S. 771—773. 1913.

Blair, Thomas S.: Cancer, its external treatment. Eigth paper in the series on external therapeutics. (Der Krebs und seine äußere Behandlung. Achter

Aufsatz aus der Serie der äußeren Therapie.) Med. council Bd. 18, Nr. 1, S. 18—21. 1913.

Übersicht über die verschiedenen Maßnahmen bei der äußerlichen Krebsbehandlung. Sehr skeptische Bewertung der Röntgenstrahlen, während die Radiumbehandlung günstiger beurteilt wird. Für Krebse, die einer äußeren Behandlung zugänglich sind, wird die lokale Erfrierung oder die Applikation von Ätzmitteln und Säuren empfohlen. *Gräfenberg* (Berlin).

Perraudin: Traitement palliatif du cancer par les injections de sels de quinine. (Palliativbehandlung des Krebses durch Injektion von Chininsalzen.) Thèse. Paris 1913.

Keating-Hart, de: The rational treatment of cancer. (Die rationelle Krebsbehandlung.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 5, S. 669—674. 1913.

Da es kein spezifisches Krebsmittel gibt, soll man chirurgisch vorgehen, ehe die Periode der Allgemeininfektion erreicht ist. Mißerfolge bei operativen Eingriffen werden vermindert, wenn man gleichzeitig Fulguration mit hochgespannten und hochfrequenten Strömen anwendet, selbst nach kleinen Excisionen. Die Verbindung der Hitze mit Röntgen- oder Radiumbehandlung steigert bei vielen inoperablen Tumoren die therapeutische Wirkung dieser Methoden. *Gins* (Charlottenburg).

Willcox, Walter F.: Cancer statistics. (Carcinomstatistiken.) (Transact. of the New York acad. of med., meet. 15. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 4, S. 773—774. 1913.

Verf. kommt auf Grund der Studien großer Statistiken zu dem Schlusse: die relative Zunahme der Carcinomfälle ist wahrscheinlich durch eine bessere ärztliche Kontrolle derselben bedingt. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Meyer, Willy: Public education in cancer. (Öffentliche Belehrungen über Krebs.) (Transact. of the New York acad. of med., meet. 15. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 4, S. 774—780. 1913.

Es wird die Frage wieder angeregt, in öffentlichen Zeitschriften Belehrungen über Krebs zu halten. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Wild, C. v.: Über unsere Schrift- und Vortragssprache. Nachklänge an die 85. Naturforscherversammlung. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 44, S. 1613 bis 1615. 1913.

Kritische Bemerkungen über den falschen Gebrauch des Imperfectums in unserer Schrift- und Vortragssprache. Der Gebrauch des Perfectums muß das Imperfectum verdrängen. Das Perfectum ist immer richtig, das Imperfectum meistens falsch. *Graeupner* (Bromberg).

● **Jeannin et Guéniot: Thérapeutique obstétricale et gynécologique.** (Geburtshilfliche und gynaekologische Behandlungsweise.) Paris: J. B. Baillière et fils. 1913. 756 S. Frcs. 4.—.

● **Freund, W. A.: Leben und Arbeit. Gedanken und Erfahrungen über Schaffen in der Medizin.** Berlin: Springer 1913. XII, 170 S. M. 5.—.

Memoiren eines Mannes von solchem „Kaliber und Schicksal" wie W. A. Freund können nicht anders als fesselnd sein, sowohl für jeden gebildeten Menschen als auch ganz besonders für jeden Mediziner, für seine Schüler, Zuhörer, Freunde und Verehrer und nicht zuletzt für die elsaß-lothringischen Ärzte, da ihm — wie er mit Stolz sagt — Elsaß-Lothringen zur zweiten Heimat geworden ist. Einen recht großen Platz nehmen in dieser Autobiographie die Ausführungen über seine Lieblingsstudien, seine Jugendarbeiten, die Rippenknorpelanomalien und deren Einfluß auf gewisse Lungenkrankheiten betreffend ein. Dieselben sind ihm ja so sehr ans Herz gewachsen, daß er sie im Alter wieder aufnahm und dabei die Genugtuung erfuhr, sie weitgehend bestätigt und erweitert zu sehen. Es handeln daher sehr viele Seiten dieses Buches hauptsächlich von Thoraxanomalien, von Infantilismus und von seinen diesbezüglichen anatomischen, chemisch-physiologischen, pathologisch-anatomischen, ätiologischen

(Emphysem und Phthise) und klinischen Untersuchungen. 8 Abbildungen illustrieren diesen Abschnitt. Die folgenden Seiten enthalten neben interessanten biographischen Notizen manche geistreiche Abschweifungen über die alten Sprachen und die Schäden des Gymnasialunterrichts, über die Wichtigkeit der Zeichenkunst für den Arzt und Anatomen, über die deutsche Lese- und Schreibschrift, über die Vorbildung des Mediziners überhaupt, über Aristoteles und Hippokrates, über Selbstbeobachtungen über das Altern, über das Greisenalter und über Lebensanschauung. Ganz speziell werden die Gynaekologen angezogen werden durch die Schilderungen seiner Lehrmethode und seiner klinischen Tätigkeit in Straßburg, durch die Beschreibung seiner ersten abdominalen Uterusexstirpation und durch die Erläuterungen seiner verschiedenen gynaekologischen Arbeiten. Auch für den Leser dieses Buches gelten die Worte, die W. A. Fr. seinen Straßburger Schülern als Abschied zurief: „Nehmen Sie als Andenken an mich das Bild eines heiteren, mit seinem Lose zufriedenen, glücklichen Mannes mit." Herrlich klingen diese Erinnerungen aus mit den Worten: „Es lebe die Jugend!", gewidmet sind sie dem Geh. Med.-Rat Dr. Gustav Schwalbe, Professor der Anatomie an der Kaiser-Wilhelms-Universität Straßburg i. E. *Klein* (Straßburg i. E.).

● **Freund, Hermann: Gynaekologische Streitfragen.** Stuttgart: Enke 1913. 47 S. M. 1.60.

I. Herzfehler und Schwangerschaft. Der Autor polemisiert gegen Fellner, Jaschke sowie Fromme. Fellner, der das Material der Schautaschen Klinik (900 Schwangere) bearbeitete, habe bei Formulierung seiner Schlußsätze einen logischen Fehler gemacht. Er fand nämlich eine große Anzahl von relativen Insuffizienzen, 159, die dem Mindergeübten ein Vitium vortäuschen konnten, und darunter 22 wirkliche Herzfehler oder $^{1}/_{7}$. Trotzdem mache Fellner später einen ganz unverständlichen Schluß, indem er direkt anfügt: „$^{6}/_{7}$ überstehen die Geburt anstandlos, ohne daß die Patienten oder der Arzt eine Ahnung von dem Herzfehler haben." Damit sage er das krasse Gegenteil von seiner ersteren Behauptung, und nehme alle 159 Fälle nun doch als „Herzfehler". Fromme, der aus der Literatur 2130 Fälle von Herzfehler und Schwangerschaft zusammengetragen hat, mit 244 Todesfällen, berechnete anfänglich richtig 11,46% Mortalität, eine hohe Zahl, die ungefähr zu den frühern Ergebnissen paßt. Gestützt auf jene Fellnersche Statistik nimmt er aber an, daß $^{6}/_{7}$ aller Herzfehler von den Autoren, die dieses Material beobachtet haben, nicht diagnostiziert sind und multipliziert die Anzahl der gefundenen Herzfehler mit 7, und bekommt dann natürlich eine weit geringere Mortalität, nämlich nur 1,64%. Aus der Charitéfrauenklinik stellte Fromme allerdings 155 Herzfehler mit 9 Todesfällen zusammen, woraus sich eine höhere Mortalität ergibt als wie aus seiner Sammelstatistik. Die Statistiken von Fromme sowie auch die von Schauta - Fellner und von Jaschke sind unhaltbar. Freunds persönliche Erfahrungen gründen auf 52 Fällen mit 15,3% Mortalität. Die Komplikation von Herzfehler und Schwangerschaft ist als eine ernste anzusehen. — II. Die Appendicitis der Frauen. Eine Verbreitung entzündlicher Prozesse von den Genitalien auf den Blinddarm und umgekehrt auf dem Gefäße- oder Lymphwege oder durch direkte Bandverbindung kommt nicht vor. Lediglich durch regionäre Weiterverbreitung, durch einen peripheren Prozeß, kann eine Entzündung der inneren Genitalien auf den Wurmfortsatz überspringen und umgekehrt. In den Untersuchungsergebnissen von Schridde und Moritz kann F. kein neues Moment erblicken, das uns ursächliche Beziehungen zwischen Adnexerkrankungen und Appendicitis anzunehmen zwänge, noch weniger denselben eine praktische Bedeutung zuerkennen. Es handelt sich gewöhnlich um eine Kontaktinfektion. F. mußte 13 mal den an einem Ovarientumor haftenden Wurm entfernen, während er nur 15 mal bei 223 Operationen wegen entzündlicher Adnexe ihn exstirpieren mußte. Den Angaben Pankows, der behauptet, daß man bei gynaekologischen Affektionen den Blinddarm in 66,6% miterkrankt findet, setzt F. große Zweifel entgegen. Zu diesem hohen Prozentsatz konnte Pankow nur kommen, indem er die Aschoffschen Charakteristica der

überstandenen Appendicitis seinen Untersuchungen zugrunde legte. Derartige minimale Veränderungen in der Muscularis, die nur von Histologen gefunden werden, sind aber nicht klinisch verwertbar. F. hatte in 6,7% seiner Fälle eine Appendicitis als Komplikation primärer Adnexerkrankungen. Pankows Zahlen sind demnach nicht als richtig anzuerkennen. F. weist nach, daß die prinzipielle prophylaktische Entfernung des Wurmfortsatzes eine indikationslose Operation ist. Die Aschoffschen Veränderungen geben hierzu keine Veranlassung. Auch während der Schwangerschaft sind Komplikationen seitens des Blinddarms selten. Häufiger sind Typhlatonien, wohl infolge einer Verlagerung des Coecum nach oben, die vorübergehendes Fieber, Meteorismus und Empfindlichkeit machen kann. Doch fehlen dann Défense musculaire, hohe Pulsfrequenz und Leukocytose. Schwere Anfälle von Appendicitis sind selten, die Prognose ist jedoch nicht so schlecht wie neuere Autoren annehmen, die 50—59% Mortalität angeben. 3 Fälle F. verliefen nach Operation günstig. Nur die Frühoperation kann die Prognose dieser Komplikation verbessern. — III. Operation und Röntgenbestrahlung der Myome. 290 Fälle von 500 des Autors wären für Röntgen ungeeignet gewesen, da es sich hier um Komplikationen mit Schwangerschaft, Adnex- und andern Tumoren, Nekrose und Malignität handelte. Auch die submukösen, cervicalen und Adenomyome mußten operiert werden. Höchstens der dritte Teil der Myome hätte bestrahlt werden können. Da in 7% Malignität sich zeigte, die durch eine Probeausschabung nicht immer erkannt werden kann und nur während der Operation zu entdecken ist und da auch bei geschrumpften und scheinbar zum Stillstand gelangten Myomen sich Carcinom entwickeln kann, ist die Bestrahlung mit Vorsicht zu machen. Letztere ist aber in manchen geeigneten Fällen eine gute Ergänzung des operativen Verfahrens. Die Mortalität der Operation betrug, ohne Abzug der desolaten Fälle 3,4%. Sie ist mit Einschluß alles jenes bedenklichen Materiales nicht groß, da auch unoperierte Myome schließlich sterben können. Die operative Behandlung ist deshalb das beste und sicherste Verfahren. *Knorr* (Berlin).

Löliger, Emil: Kritik der Todesfälle nach gynaekologischen Eingriffen während der Jahre 1901—1911. (*Frauenspit., Basel-Stadt.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 757—818. 1913.

Von den 163 Todesfällen sind 62 = 37,1% durch Infektion verursacht worden. In einer Anzahl von Fällen handelt es sich schon um primäre schwerste Infektion, wie bei den puerperalen Bakteriämien; bei der großen Mehrzahl aber hatte man es mit abgesacktem Eiter oder mit latentem Infektionsmaterial zu tun. Die Infektion steht an erster Stelle der Gefahren. Nächst der Infektion bildet die Embolie die größte postoperative Gefahr. 38 = 1/4 aller Todesfälle sind auf ihre Rechnung zu setzen. 26 mal handelte es sich um infektiöse, 12 mal um aseptische Embolie. Myodegeneratio und akute Dilatation des Herzens bildete in 28 Fällen = 11% die Todesursache. Extreme Beckenhochlagerung ist zu vermeiden. Krankes Herz, Narkose und Nervenshok führen häufig zum Tode. Reiner Narkosentod ist nicht beobachtet. 5 Todesfälle nach Myomoperationen. Die Beziehungen zwischen Myom und Herz sind aufrechtzuerhalten. Pneumonie und Bronchopneumonie sind 7 mal genannt. An akuter Anämie sind 9 Fälle gestorben, darunter 6 zu spät eingelieferte Tubargraviditäten. Postoperativer Ileus ist nur 1 mal beobachtet. Die 8 Fälle von Kachexie als Todesursache betreffen bis auf 2 nur maligne Neubildungen. Ferner werden als Todesursachen angeführt: 3 mal Perforationsperitonitis, 2 mal Luftembolie und 2 mal Komplikationen von seiten des uropoetischen Systems. Die meisten der genannten Todesfälle werden an der Hand der Krankengeschichten genau kritisch besprochen. Zahlreiche Tabellen geben eine gute Übersicht.

Im zweiten Teil der Arbeit werden die zu treffenden Maßnahmen zur Verhütung aufgeführt. Es wird die Methode der Sterilisierung von Wäsche und Catgut (Spillmann) und der Desinfektion der Hände mit Tetrachloräthylenseifenspiritus und Aceton-Alkohol beschrieben. Statt der Jodtinktur wird Lugolslösung vorgeschlagen. Gewarnt wird vor Abwaschung der Handschuhe mit Sublimat während der Operation. Eine Desinfektion der Handschuhe ist so nicht möglich; es besteht die Gefahr, Sublimat in die Wunde zu bringen. Abspülen mit steriler Kochsalzlösung genügt; eventuell Handschuhwechsel. Luftinfektion ist durch Schonung des aseptischen Saales und durch häufiges Lüften und Einlassen der Sonnenstrahlen (Südseite) möglichst zu vermeiden. Gutes Abstopfen der Bauchhöhle schützt vor Verunreinigung durch Eiter. Die Ölung

nach Höhne hat keine nennenswerte Besserung gebracht. Möglichste Abkürzung der Narkose und Einschränkung der Menge des Narkoticums hilft die Herztodesfälle verringern. Vorbereitung mit Veronal-Scopolamin-Morphium-(Pantopon). Ausgiebige Anwendung der Lokalanästhesie wird empfohlen. Lumbalanästhesie wird in Basel verworfen. Die zahlreichen Thrombosen und Embolien wurden durch frühzeitiges Bewegen der Beine und Atemübungen zu bekämpfen gesucht. Nach Laparotomien verlassen die Kranken am 5., nach Prolapsoperationen am 7.—8. Tage das Bett. Um die Blutgerinnung herabzusetzen, werden Fruchtsäuren in großer Menge zugeführt. Genaue Untersuchung der Lungen, besonders zur Zeit der Influenzaepidemien kann die Lungenkomplikationen einschränken. Alle Vermeidung von Antiseptica an der Wunde, glatte Handschuhe, feuchte Bauchtücher, Vermeidung großer Stümpfe und gute Peritonisierung verhindern den Ileus. *Liebich* (Braunschweig).

● **Müller, D. J. P.: Mein System für Frauen.** Leipzig: Grethlein & Co. 1913. 90 S. M. 2.—.

● **Galenos: Über die krankhaften Geschwülste (zwischen 169 und 180 n. Chr.). Übers. u. eingeleit. v. Paul Richter.** Leipzig: J. A. Barth. 1913. 26 S. M. 1.—.

● **Disqué: Diätetische Küche. Mit besonderer Berücksichtigung der Diät bei inneren Erkrankungen nebst e. Anh.: Über Kinderernährung und Diätetik der Schwangeren und Wöchnerinnen. 6. umgearb. u. verm. Aufl.** Stuttgart: Enke. 1913. VIII, 206 S. M. 3.—.

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Küster, Hermann: Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Scheidencysten. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 611—627. 1913.

Scheidencyste bei einer 26 jährigen Frau. Die gänseeigroße Cyste lag im hinteren Scheidengewölbe, unter der Schleimhaut, im Septum rectovaginale. Die genauere Untersuchung ergab einen großen und zwei kleinere Hohlräume; die Wand der Cyste bestand aus einer doppelten Längs- und Ringfaserschicht glatter Muskulatur, und einen Epithelbelag, ohne Drüsen. Die Dicke der Wandung betrug 3—4 mm. Die Lage der Cyste unter der Scheidenwand sowie der Bau des Gebildes weisen auf eine kongenitale Anlage. Verf. gelangt auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Erörterungen zu der Annahme, daß als Ausgangspunkt der Urnierengang anzusehen ist, der nicht nur persistent geblieben ist, sondern sich zu einem dem Vas deferens ähnlichen Gebilde mit sekundärer cystischer Erweiterung entwickelt hat. *Rittershaus.*

Kenessey, Albert: Die Ausbreitung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum auf die inneren Sexualorgane. (*Inst. f. pathol. Anat. u. Histol., Franz Josef-Univ. Kolozsvár.*) Pest. med. chirurg. Presse Jg. **49**, Nr. 44, S. 360—362. 1913.

Kenessey konnte bei 2 Kindern im Alter von 1 Jahr und 2 Monaten resp. 10 Monaten, die an Vulvovaginitis gonorrhoica mit positivem Gonokokkenbefund litten und an Lungenkomplikationen im Anschluß an Varicellen zugrunde gegangen waren, bei der Sektion selten ausgedehnte und hochgradige Veränderungen an den inneren Sexualorganen nachweisen. Er fand Anfüllung des mit mäßig injizierter Schleimhaut ausgekleideten Cervicalkanals sowie der Korpushöhle mit gelbgrünem, zähem eitrigem Schleim und ausgedehnte Verwachsungen des Uterus und seiner Adnexe miteinander sowie mit ihrer Umgebung. Genaue histologische und makroskopische Beschreibung muß im Original nachgelesen werden.

Die Mehrzahl der Autoren spricht sich für eine Beteiligung der Cervix- und Korpushöhle aus. Ferner beweisen die pathologischen Befunde des Verf., daß die gonorrhoische Vulvovaginitis über die Uterushöhle hinaus höher fortschreiten und so hochgradige tubare und ovarielle Veränderungen sowie Erkrankungen des Bauchfells in der Umgebung des Uterus herbeiführen kann, welche die späteren Funktionen dieser Organe unheilbar schädigen können. Die beiden Fälle zeigen auch, daß als Hauptweg des Ascendierens der Infektion nicht nur der Cervicalkanal, die Uterushöhle und die Tuben in Betracht kommen, sondern auch die Lymphbahnen, wie Wertheim und Menge dies für die Verbreitung der Infektion bei der Erwachsenen nachgewiesen haben.

Moraller (Berlin).

Oui: Cloisonnement transversal du vagin. (Quere Scheidewand der Vagina.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 7, S. 641 bis 642. 1913.

25jährige I-Para, bei der einige Jahre zuvor vermittels Punktion ein Hämatokolpos entleert ist, kommt kreißend zur Behandlung. 3 cm vom Scheideneingang entfernt findet sich ein queres Septum mit einer sehr kleinen Öffnung. Kreuzförmiger Einschnitt in das Septum. Verzögerung der Eröffnungsperiode infolge Wehenschwäche. Dauer der Austreibungszeit: 55 Minuten. Lebendes Kind von 3500 g; normales Wochenbett.

Wenn auch im allgemeinen derartige Scheidewände kein Geburtshindernis darstellen, so erscheint es doch dem Verf. zweckmäßig, sie zu Beginn der Wehentätigkeit zu inzidieren. *Holste* (Stettin).

Uterus:

Falk, J. J.: Beiträge zur Lehre von der Innervation des Uterus und der Vagina. (*Inst. f. allg. Pathol., Univ. Moskau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 2/3. S. 881—898. 1913.

Die so verschieden beantworteten Fragen nach den motorischen Uterusnerven und deren Zentren werden auf die Verschiedenheit der Versuchsanordnungen und ihre Fehler zurückgeführt, die kritisch besprochen werden. Genaue Beschreibung der eigenen Versuchsanordnung und Angabe deren Resultate mit vorhergehender Gegenüberstellung der vielfachen bisherigen Widersprüche in der Literatur. Zusammengefaßt sind diese Ergebnisse unter „1. Spontane Kontraktionen der Gebärmutter und der Scheide; 2. Direkte Reizung dieser Organe; 3. Physiologischer Charakter der Genitalnerven; 4. Einfluß des Zentralnervensystems auf die Bewegungen der erwähnten Organe; 5. Reflektorische Kontraktionen; 6. Bewegungen der Gebärmutter und der Scheide hervorgerufen durch Störungen der Atmung und der Blutzirkulation." Genaueres muß in der Arbeit selbst nachgelesen werden, da sich die Resultate in ihrer Vielheit zu kurzer Wiedergabe nicht eignen. Zum Schluß werden noch einige pharmakologische Experimente erwähnt mit styptischen Mitteln (tetanische Kontraktionen) und Wehenmitteln (peristaltische erzeugend). Unter erstere sind zu rechnen Strychnin, Ergotin, Secacornin, Hydrastis canad. fluid., Adrenalin, Suprarenin; unter letztere Mammin, Pituitrin, Ovarextrakt, Galle, Fötal- und Placentarextrakt, Alkohol; — bei diesem jedoch baldiges Erschlaffen, daher als Wehenmittel ungeeignet. Alle Reizmittel, die wirksam sind, sind dies auf Uterus und Vagina in gleicher Weise. *v. Willmann.*

Mathes, P.: Zur Technik der intrauterinen Injektionsbehandlung. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 43, S. 2406. 1913.

Um dem Übelstande des nicht gesicherten Rückflusses des Medikamentes bei intrauterinen Injektionen abzuhelfen, empfiehlt Mathes folgendes Verfahren:

Man bediene sich einer langen dünnen silbernen Kanüle, die gut auf eine etwa 2 cm haltende Spritze mit Glaskolben paßt. Zuerst wird der Cervicalkanal mit Hegarstiften vorsichtig bis Nr. 5 erweitert. Ein 2 ccm breiter, dicht gewebter gekanteter Gazestreifen von ca. 25 cm Länge wird in seinem mittleren Teile längs gefaltet; dort setzt man das stumpfe Ende der Kanüle an und spannt den Streifen auf beiden Seiten die Kanüle entlang; die so armierte Kanüle läßt sich leicht bis an den Fundus vorschieben. Die Injektionsflüssigkeit wird in der Menge von 0,5 cm eingespritzt und die Spritze gleich abgenommen. Ein Teil der Flüssigkeit wird vom Streifen abgesaugt, das übrige tropft durch die Kanüle ab. Die Injektion kann beliebig oft wiederholt werden, ohne daß sich die Kanüle verstopft, denn der doppelte Gazestreifen an der Spitze hält alle Koagula wie ein Filter zurück. Der Streifen kann im Uterus zurückgelassen werden, um eine längere Berührung der Schleimhaut mit dem Mittel zu erreichen und den Cervicalkanal für eine Behandlung am nächsten Tage offen zu erhalten. *Köhler* (Wien).

Duchet-Suchaux: Les pansements intra-uterins à l'huile gomenolée. (Die intrauterinen Ätzungen mit Oleum gomenoleum.) Journal des sag.-femm. Jg. **41**, Nr. 18, S. 333—334. 1913.

In Fällen von chronischer Metritis hat Verf. jeden 1. oder 2. Tag langsam und tropfenweise intrauterine Einspritzungen von Ol. gomenol. 5 % vorgenommen. Gute Resultate. *Chapuis.*

Sanes, K. I.: Is membranous dysmenorrhea caused by endometritis. (Ist die Dysmenorrhoea membranacea durch Endometritis verursacht?) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 16, S. 1433—1437. 1913.

Verf. schildert zunächst die Histologie des Endometriums. Nach den modernen Anschauungen unterscheidet er: das prämenstruelle Stadium, das Stadium der Menstruation, der Regeneration und der Ruhe. Es folgt histologische Beschreibung der menstruellen Membranen. Die mikroskopischen Bilder sind äußerst wechselnd, selbst bei demselben Individuum können verschiedene Grade der Zelldegeneration in den Membranen beobachtet werden. Im allgemeinen entspricht die Struktur dem Bilde der oberen Schicht des Endometriums während des prämenstruellen Stadiums. — Aus folgenden Gründen haben die menstruellen Membranen mit Entzündungsprozessen nichts zu tun. Die Membranen gehen oft ohne irgendwelche Schmerzen ab und diese Erscheinung ist viel häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. Denn die Gynaekologen erfahren nur von den Fällen, bei welchen Dysmenorrhöe besteht, oft aber merken die Frauen selbst kaum etwas von den mit den Gerinnseln vermischten Häutchen. Das Abgehen der menstruellen Membranen ist oft erblich und in einigen Fällen auch mit sogenannter Vaginitis oder auch Colitis membranacea vergesellschaftet. Die mikroskopischen Untersuchungen haben, wie erwähnt, ergeben, daß es sich nicht um ein Entzündungsstadium, sondern um das normale prämenstruelle Stadium handelt. Bei gewissen Affen wird stets während der Menses das Abgehen von Häuten beobachtet, die histologisch ebenfalls die obere Schicht des Endometriums darstellen. — Auch zwischen Sterilität und den menstruellen Membranen bestehen nach Ansicht des Verf. keine kausalen Zusammenhänge. — Zum Schluß wird die Hypothese aufgestellt, daß die menstruellen Membranen durch eine zu intensive Wirkung der Ovarialhormone veranlaßt werden. Ebenso wie die Amenorrhöe durch eine Hypofunktion der Ovarien bedingt wird, und wie bei den normalen Menses durch die Hormone eine ödematöse Schwellung, Blutung und Abschilferung von Epithelien bewirkt wird, könnte eine intensivere Wirkung der Hormone größere destruktive Prozesse und die Abstoßung der ganzen oberflächlichen Schleimhautschicht veranlassen, der Unterschied ist dann nur ein gradueller. *Ruhemann* (Berlin).

Thomson, J. W.: Tuberculosis of the uterus. (Tuberkulose des Uterus.) Lancet Bd. **2,** Nr. 14, S. 1000—1001. 1913.

Bericht über einen Fall von Tuberkulose des Corpus uteri mit Absceßbildung in der vorderen Wand und Perforation in die Blase bei einer 20jährigen Patientin ohne hereditäre Belastung. Supravaginale Amputation des Uterus samt den beiden tuberkulös erkrankten Tuben; Cervix gesund, deren Serosa intakt und durch eine Furche vom Korpus scharf abgegrenzt. Beide Nieren zeigen an der Oberfläche tuberkulöse Knötchen, anscheinend infolge ascendierender Infektion längs den Ureteren. Keine Zeichen von tuberkulöser Erkrankung des Peritoneums wahrnehmbar. *Hall* (Graz).

Boldt, F. J.: Large myofibromatous uterus removed seven years after a myomectomy. (Großer myomatöser Uterus 7 Jahre nach einer Myomotomie entfernt.) (Transact. of the New York obstetr. soc., meet. 13. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Jg. **68,** Nr. 4, S. 764. 1913.

In Rücksicht auf solche Ereignisse ist der Enucleation möglichst die Hysterektomie vorzuziehen; bei jungen Frauen sollen die Ovarien und ein großer Teil Cervix belassen werden. *Hannes* (Breslau).

Boldt, F. J.: Myoma uteri, with pyosalpinx and hydrosalpinx, and catarrhal appendicitis. (Uterusmyom, mit Pyosalpinx und Hydrosalpinx, und katarrhalischer Appendicitis.) (Transact. of the New York obstetr. soc., meet. 13. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 4, S. 764—765. 1913.

Die Überschrift enthält das Wesentliche. *Hannes* (Breslau).

Poupko: Étiologie et pathogénie des fibromes. (Ursache und Entstehung der Fibrome.) Thèse. Paris 1913.

Garnier: De l'exentération de l'utérus appliquée à la cure des fibromes de cet organe. (Die Exenteration des Uterus in der Behandlung der Fibrome.) Thèse. Paris 1913.

Boldt, F. J.: Myomatous uterus with carcinomatous changes. (Myomatöser Uterus mit carcinomatösen Veränderungen.) (Transact. of the New York obstetr. soc., meet. 13. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Jg. **68**, Nr. 4, S. 763—764. 1913.

In Rücksicht auf die immer größer werdende Beliebtheit der Röntgenbehandlung der Myome weist Boldt an der Hand eines eigenen operierten Falles auf die Möglichkeit der Kombination von Myom und Carcinom hin; hier liege eine Gefahr bei der nicht operativen Behandlung der Myome vor, und es sei darum die Operation, deren Mortalität nicht mehr als 2% betrage, vorzuziehen. *Hannes* (Breslau).

Lekachowitsch, Ch.: Über das gleichzeitige Vorkommen von Myom und Carcinom in utero. Dissertation. Berlin 1913.

Ries, Emil: Theoretical and practical foundations of a radical operation for carcinoma of the cervix uteri. (Theoretische und praktische Grundlagen einer Radikaloperation bei Cervixcarcinom.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 14, S. 1266—1270. 1913.

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schluß: Die Operation ist die einzige für Carcinom in Betracht kommende Therapie; jeder andere therapeutische Angriff der Geschwulst bedeutet Versäumnis wertvoller Zeit. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Heuner, Karl: Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Uteruscarcinom. Dissertation: Erlangen 1913, 38 S., 5 T. (E. Th. Jacob).

Korpuscarcinom bei einer 23jährigen, das sich klinisch zunächst gar nicht bemerkbar machte. Erst die Folgen einer ausgebreiteten Metastasierung führten Patientin in Behandlung. *Loeb* (München).

Gutfeld, F. von: Die regionären Lymphdrüsen bei Carcinoma uteri mit besonderer Berücksichtigung der epithelialen Einschlüsse. Dissertation. Berlin 1913.

Bainbridge, Wm. Seaman: Possible errors in the diagnosis of abdominal cancer, a plea for exploratory laparotomy, illustrative cases. (Irrtumsmöglichkeiten bei der Diagnose des Abdominalkrebses, Befürwortung der Probelaparotomie, erläuternde Fälle.) New York State journal of med. Bd. **13**, Nr. 10, S. 529—534. 1913.

Bainbridge empfiehlt angelegentlich die Probelaparotomie beim Abdominalcarcinom nicht erst in letzter Linie, sondern viel häufiger zur Sicherung einer genauen Diagnose, da gar nicht selten durch diese Autopsia in vivo diagnostische Irrtümer aufgedeckt werden, inoperabele Krebse sich als operabel herausstellen usw. — B. zählt dann 6 Typen der Fehlermöglichkeiten bei der Diagnose auf, die er mit Beispielen belegt. Typus I: Carcinom diagnostiziert, aber keines vorhanden. 1. Appendicitis mit Absceßbildung; 2. Tuberkulose der Niere, Leber, Milz; 3. Magenaffektionen, geheiltes Ulcus ventriculi, Pylorusstenose; 4. Nierensteine mit Kachexie; 5. Gallensteine; 6. ausgesprochene gutartige Tumoren des Magens. Weiter noch: 7. herabhängender linker Leberlappen; 8. pulsierende Aorta; 9. Verdickungen im Musc. rect. abdominis; 10. einfache Adhäsionen am Magen nach Gallensteinen, Magengeschwür oder lokalisierter Peritonitis; 11. Syphilis des Magens, Gummata; 12. Aneurysma der Art. coeliaca; 13. chronische Gastritis, und 14. nervöse Gastralgie. In derartigen Fällen kann die Fehldiagnose inoperabeles Abdominalcarcinom zu schweren Schädigungen für den Patienten, die Probelaparotomie zur Heilung führen. Im Typus II sind Carcinomfälle mit anderen, in den Symptomen ähnlichen Leiden (vgl. die eben angeführten 14 Arten) verwechselt und erst durch die Probelaparotomie geklärt und geheilt. Im Typus III ist ein kleines Carcinom für größer, für inoperabel gehalten; die Probelaparotomie rettet die Diagnose und den Patienten. Im Typus IV ist ein vorgeschrittener Krebs zwar als solcher erkannt, aber durch begleitende pathologische Zustände (Verwachsungen u. ä.) für inoperabel gehalten, eine Vermutung, die durch die Probelaparotomie

widerlegt wurde. Typus V umfaßt Carcinome, die man für inoperabel hielt, die aber nach der Probelaparotomie sich durch Operationsmethoden (Arterienligaturen, Blockade der abführenden Lymphgefäße) als noch operabel herausstellen. Und Typus VI endlich umfaßt die Carcinome, deren Wachstum man für zu maligne gehalten hatte, die also auch als inoperabel gelten mußten und denen durch die Laparotomie doch noch geholfen werden kann. — Bericht eines Falles mit malignem Papilloma uteri. Die Patientin ist durch (in Summa) 12 Laparotomien (alle 6 Monate eine) und durch 49 Punktionen seit 6 Jahren in einem sehr erträglichen Zustande erhalten worden. Zum Schluß hebt B. hervor, daß man Probelaparotomien natürlich nicht urteilslos und unterschiedlos machen solle, sondern immer erst nach sorgfältigster Erschöpfung aller anderen Untersuchungsmethoden. *Hesse* (Greifswald).

Haultain, F. W. N.: Some rare uterine new growths. — Simple papilloma of corpus uteri, primary tubercle of cervix, diffuse nodular fibrosis. (Einige seltene Uteruserkrankungen. — Einfaches Papillom (Adenom) des Corpus uteri; primäre Tuberkulose der Cervix; diffuse knötchenförmige Fibromatose.) Edinburgh med. journal Bd. **11**, Nr. 3, S. 230—233. 1913.

Fall 1. Einfaches Papillom des Corpus uteri. 59jähr. Unipara erkrankt an unregelmäßigen Blutungen vor 12 Jahren (2 Jahre nach der Menopause). Die mikroskopische Untersuchung der curettierten Stückchen ergibt das typische Bild des einfachen Adenoms. Wegen Wiederkehr der Blutungen Exstirpation des Uterus. Mikroskopisch zeigt sich allgemeine Hypertrophie der Mucosa ohne Tendenz, die Muskularis zu infiltrieren; das Epithel überall einschichtig. — Fall 2. Primäre Tuberkulose der Cervix uteri. 35jähr. Patient, virgo intacta, leidet seit mehreren Monaten an starker Leukorrhöe und zunehmender allgemeiner Schwäche. Menstruation regelmäßig und spärlich. Bei der digitalen Untersuchung bietet die Portio eine unregelmäßige Oberfläche dar, das Gewebe aber nicht so leicht blutend und zerfallend als bei maligner Erkrankung. Der Uterus von normaler Größe und Beweglichkeit. Im Speculum hat die Portio das Aussehen einer großen Brombeere. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Gewebsstückchens ergibt Tuberkulose. Hohe Amputation der Cervix. Patientin nach 16 Jahren völlig gesund. — Fall 3 und 4. Diffuse knotenförmige Fibromatose des Uterus. Unzählige kleine fibröse Knoten von Stecknadelkopf- bis Haselnußgröße in der Wand des Uterus bis fast in die äußersten Schichten der Muscularis gelegen. Zwischen den einzelnen Knötchen eine dünnere Muskelschicht, welche wie bei den gewöhnlichen Fibromyomen eine Kapsel um jedes Knötchen bildet. Das Cavum uteri übersät mit unzähligen Knötchen, welche mehr oder weniger stark aus der Wand ins Innere hervorragen; einige sogar wie Polypen gestielt. Der eine Fall betrifft eine 38jähr. Multipara, welche 12 Jahre hindurch an immer profuser werdenden Menstrualblutungen gelitten hatte. Der Uterus etwa so groß, wie im 6. Graviditätsmonat. Die zweite Patientin, 21jähr., klagte über heftige Dysmenorrhöe und allgemeiner Schwäche infolge Anämie, ohne daß ihr aber die Menstruation als besonders profus aufgefallen wäre. Dieser zweite Fall zeigt dieselben pathologisch-anatomischen Veränderungen, wie der erste, nur in einem früheren Stadium der Entwicklung und zwar mit weniger stark infiltrierter Muscularis und dickerer äußerer nicht infiltrierter Muskelschicht. *Hall* (Graz).

Hesse, P.: Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Uteruscysten. Dissertation. Berlin 1913.

Mendes de Leon, M. A.: Zur Alexander-Adams-Operation. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 5, S. 536—546. 1913.

Bei Rückwärtslagerungen des Uterus läßt sich in der Mehrzahl der Fälle durch eine Verbesserung der Lage objektive und subjektive Besserung der Beschwerden erzielen. Das gilt besonders für die „Retroflexio mobilis", bei der ungehinderte Beweglichkeit sowohl des Gesamtorgans als auch zwischen oberem und unterem Teil desselben vorhanden sein muß. Die zur Lageverbesserung früher allein angewandten Pessarien verbieten sich bei Virgines, bei zu kleinem Mutterhalse, bei geschädigter Beckenmuskulatur, bei entzündeten und empfindlichen Schleimhäuten; auch tritt nach ihrer Entfernung oft der krankhafte Zustand wieder ein. Vorbedingung für ein operatives Verfahren ist, daß die Beweglichkeit des Uterus in physiologischem Sinne erhalten bleibt. Diese Forderung erfüllt am besten die Verkürzung der runden Mutterbänder nach dem Verfahren von Alexander und Adams, Technik von Rob. Asch (Zentralbl. f. Gynäkol. 1897 Nr. 35). Nach Reponieren des Uterus Einlegen eines Pessars (meist Hodge) für 4—5 Wochen. 5 cm langer Schnitt 1 cm oberhalb des Poupartschen Bandes, parallel demselben. Freilegen des äußeren Leistenringes, Hochheben des Inhalts mit Péan und Isolieren des Ligaments ohne Verletzung der Umgebung, besonders des Nerven. Zuweilen muß der Annulus externus eingeschnitten werden. Einmal fand Verf. das Ligament so fest im Leistenkanal verlötet, daß er ihn der Länge nach spalten mußte. Hervor-

ziehen des Ligaments — was bei eingelegtem Pessar stets leicht ist — bis zur Umschlagfalte des Bauchfells, die aber innerhalb des Leistenkanals liegen bleibt. Fixieren des Bandes im Leistenring durch 2 Seidenknopfnähte, Unterbinden, Abtragen, wobei zu beachten ist, daß keine zu starke Vorwärtsbeugung des Uterus eintritt. Schluß der Wunde. Aufstehen zwischen 10. und 12. Tag. Bei gleichzeitigem Leistenbruch: Ablösung des Bruchsackes vom Ligament und Versorgung für sich. Ausfüllen des Leistenkanals mit dem Ligament. Schluß wie bei Bassini. Verf. hat seit 1902 bei 5000 Patientinnen 1360 Fälle von Retroflexio uteri festgestellt. 260 waren fixiert; von den übrigen 1100 wurden 733 Fälle durch einfache Behandlung, 235 durch Pessar wiederhergestellt. 132 wurden nach Alexander - Adams operiert. Kein Todesfall. Einmal Verletzung eines Blasenzipfels; Naht, ohne Folgen: Einmal trat Lungenentzündung auf. Die Lageverbesserung war durchweg befriedigend. Selbst nachuntersucht wurden 56 Frauen; darunter 3 Rückfälle, die aber die Pat. selbst nicht fühlten. Bei einer dieser Pat. lagen doppelseitiger Leistenbruch und hochgradige Enteroptose vor. Von den meisten nicht selbst nachuntersuchten Pat. liegen günstige Berichte seitens der Pat. und Ärzte vor. 15 Frauen sind schwanger und nicht mehr rückfällig geworden (4 Erst-, 11 Mehrgebärende). *Wolff* (Königsberg).

Petit-Dutaillis, Paul: Technique de la résection de la portion vaginale du col suivant le procédé de Pouey. (Resektion des Vaginalteiles der Cervix nach Poueys Methode.) Gynécologie Jg. 17, Nr. 7, S. 385—399. 1913.

Pouey will vor allem den einleitenden doppelseitigen Schnitt der Cervix vermeiden, der eine Menge Nachteile hat und macht statt dessen einen zylindrischen Ausschnitt, wodurch die Cervix in zwei ineinander geschobene Röhren geteilt wird und näht die innere Peripherie des äußeren Rohrs an den Stumpf, der durch die Sektion des inneren Randes entstanden ist. Das Verfahren setzt sich aus den folgenden Phasen zusammen. Der Hals wird mit 2 Hakenzangen gefaßt, deren einer Griff in den Kanal, der andere in die vaginale Fläche eindringt. Dann wird an den äußeren Zangengriffen entlang ein Kreisschnitt gemacht, der gleich tief genug sein muß, um beide muskulo-mukösen Zylinder zu trennen. Nun legt man vier feingriffige Zangen an den vier Kardinalpunkten des äußeren Zylinders bis zum Trennungspunkte an, die natürlich dem weiteren Ausschneiden entsprechend nach und nach versetzt werden müssen. Während der äußere Zylinder unter gleichmäßigem Druck der Zangen herabgestülpt bleibt, zieht der Operierende den inneren vermittelst der 2 anderen Zangen an sich und arbeitet sich parallel mit dessen surface cruentée, immer tiefer mit dem Messer hinein, bis es auf der Höhe des inneren Muttermundes angelangt ist. Hier wird der innere Zylinder in 2 Klappen, eine obere und eine untere geteilt, doch nur bis zu $^1/_2$ cm unterhalb seiner Basis, dann wird jede dieser Klappen direkt an der Basis und in senkrechter Richtung des Cervix-Wundkanals abgetrennt. So ergibt sich eine Art kreisrunder Vorsprung in der Nähe des inneren Muttermundes, an den sich durch eine fortlaufende Naht der innere oder freie Rand des äußeren Zylinders anlegen läßt. Bei dieser Naht ist wichtig, daß die Stiche regelmäßig sind, nicht zu dicht aufeinander folgen und daß beim Durchziehen der Nadel das Gewebe nicht reißt. Zuerst wird der untere, dann der obere Wundrand mit Catgut genäht. Der Hals muß zu guter Letzt das Aussehen eines Champagnerpfropfens mit genügender Öffnung haben. Poueys Verfahren ist indiziert, namentlich bei Hypertrophie des Organs bei chronischer Cervixentzündung. Dem Artikel sind 5 Abbildungen beigefügt, die die einzelnen Operationsphasen vortrefflich illustrieren. *Burk* (Stuttgart).

Dickinson, Robert L., and William Sidney Smith: The treatment of anteflexion, defective function, and sterility by glass or silver stems. (Die Behandlung von Anteflexion, Funktionsstörung und Sterilität mit Glas- oder Silberstiften.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Jg. 68, Nr. 4, S. 686—704. 1913.

Die Behandlung ist indiziert bei infantiler Hemmungsbildung von Uterus und Ovarien, bei Atrophie von Uterus und Ovarien infolge von vorzeitiger Menopause, Fettleibigkeit usw., bei Hypoplasie der Muskulatur am Beugewinkel der Cervix, bei Hyperanteflexion, bei Stenose des inneren und äußeren Muttermundes, bei Amenorrhöe infolge von Sklerose, vorzeitiger Menopause, Fettleibigkeit usw., bei Dysmenorrhöe, bei Sterilität. Sie ist kontraindiziert bei entzündlichen Prozessen. Die Behandlung besteht in Einführung eines Stiftes aus Glas oder hohlem Silber, nach Dilatation der Cervix mit einem zangenartigen Instrument nach Palmer. Die Stifte müssen möglichst dick, ganz glatt, $^1/_4$ Zoll kürzer als die Uterushöhle und entsprechend gekrümmt sein. Der Stift darf über den äußeren Muttermund nicht hinausragen. Er wird festgehalten durch einen Silberdraht oder, weniger gut, durch Silkwormfaden, der sagittal durch vordere und hintere Muttermundslippe und eine Bohrung im unteren Ende des Stiftes geführt wird. Es werden auch Stifte aus versilberten Stahlfedern verwendet. Die Stifte werden viele Monate ohne Schaden und Beschwerde getragen, nötigenfalls durch dickere

ersetzt. Von 16 Fällen konzipierten 10. Obgenannte Leiden wurden in großer Zahl geheilt. *Mathes* (Graz).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Tourneux, I.-P.: Hernie de la trompe de Fallope. (Tube als Bruchinhalt.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8**, Nr. 8, S. 484—488. 1913.

Die isolierte Verlagerung der Tube in einen Bruchsack ist ein seltenes Ereignis. Etwa 60 Fälle in der Literatur bekannt. Die Tube kann dabei entweder an den Wänden des Bruchsackes adhärent sein oder frei im Bruchsack liegen.

22 jährige Virgo mit linksseitiger kongenitaler Leistenhernie. Zur Zeit der Regel wird die linke Leistengegend etwas schmerzhaft. 9. X. 12 Herniotomie. Auf der Innenseite des derben Bruchsacks verläuft das Ligamentum rot. Nach Spaltung des Sackes liegt in ihm henkelförmig gebogen die Tube. Die Konvexität des Henkels nach dem Orif. ext. zu; das Fransenende liegt völlig frei im Bruchsack, während das uterine Ende mit dem Bruchsack, d. h. speziell dem Lig. rot. verwachsen ist. Diese Verwachsung zwischen Tube und Lig. rot. gehen bis zu dem Ursprung beider vom Uterus heran. Lösung der Verwachsungen zwischen Tube und Lig. rot., Radikaloperation der Hernie.

Verf. glaubt, daß die Verlagerung der Tube in den Bruchsack zustande kam durch eine kongenitale Verwachsung des uterinen Endes der Tube mit dem Lig. rotundum. Besprechung des Entwicklungsmechanismus dieser Hernie. *Hauser* (Rostock).

Tate, Walter: Tubo-ovarian cyst with intracystic carcinomatous growth. (Tubo-Ovarialcyste mit intracystischer carcinomatöser Wucherung.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 9, obstetr. a. gynaecol. sect., S. 346—347. 1913.

Kokosnußgroßer intraligamentärer Tubo-Ovarialtumor bei einer 42jährigen III-Para. Klinische Diagnose auf cystisch-degeneriertes Fibromyom des Uterus lautend. Indikation zur Laparotomie ergaben seit 12 Monaten bestehende Blutungen, doch ergab die Untersuchung des mitentfernten fibrösen und verdickten Uterus gesundes Endometrium. Die Innenfläche der Cyste zeigt ein zum Teil carcinomatös entartetes Papillom. *Vaßmer.*

Dozzi, L.: La odierna chirurgia dell' ovaia. (Die Ovarialchirurgie von heute.) Rassegna dei lavori intorno all'argomento comparsi recentemente e stato attuale della questione. Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **34**, Nr. 128, S. 1335—1336. 1913.

Bericht über die im Jahr 1912 erschienenen Arbeiten über Ovarialchirurgie. Zunächst Ovarialimplantation zur Beseitigung der durch Kastration verursachten Beschwerden; es wurde implantiert prophylaktisch eigenes Ovarialgewebe, artverschiedenes und auf Eis konserviertes. Besonders Tuffier berichtet über 150 Fälle; die Implantation wird zunächst gut ertragen, aber in den meisten Fällen wird das implantierte Gewebe resorbiert. Bei erhaltenem Uterus kann es zur Menstruationsblutung kommen, anderenfalls zu charakteristischer Kongestion. Nach Tuffier hängen die Störungen in der Menopause von einer Intoxikation ab, bedingt durch innere Sekretion. Bei Adnextuberkulose erforderte die Radikaloperation bei einem großen Material 7—8% Primärmortalität und 10% sekundäre. Indikation und Operation usw. hängen vom Alter und Zustand ab. Ovarialtuberkulose ist seltener als die der Tuben. Unter den festen Ovarialtumoren fallen ein- und doppelseitige Primärcarcinome bei Jugendlichen, darunter 5jährigem Kind, auf, dann myxomatöse Degeneration bei Fibrosarkom und ein Fall von Chorion-Epitheliom ohne Beziehung zu Gravidität. Auch Tumoren, ausgehend von Nebennierenkeimen, und eine Ossification im Ovar wird beschrieben. Unter den Infektionen von Cysten wird über solche tuberkulöser Art primär und sekundär berichtet, ferner mit Typhusbacillen und gasbildenden Bakterien. Schwere intraperitoneale Blutungen aus normalen Graafschen Follikeln, ein- und doppelseitige Ovarialgravidität sind verschiedenfach publiziert. Die Beobachtung Schickeles, daß vielfach schwere Menorrhagien vom Ovar abhängen, nicht von Veränderungen des Uterus, findet zahlreiche Bestätigung. *Berberich.*

Alfieri, Emilio: Contributo allo studio della torsione del peduncolo delle cisti parovariche. (Beitrag zum Studium der Stieltorsion bei Parovarialcysten.) (*Scuola di ostetr., univ., Perugia.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **35**, Nr. 9, S. 317—353. 1913.

Unter 7 Fällen von Parovarialcysten, welche eingehend beschrieben werden, war 6mal die Bildung eines Stieles, 3mal eine Drehung desselben festzustellen. Auf Grund dieser Beobachtungen und größerer Statistiken anderer Autoren, läßt sich folgendes konstatieren:

Das Vorkommen einer Stieldrehung ist bei Parovarialcysten fast so häufig wie bei den Cysten des Ovariums. Die Parovarialcysten wölben gewöhnlich das vordere Blatt der Mesosalpinx vor, zeigen eine große Neigung, sich nach vorn und nach außen

zu entwickeln und werden bei ihrem Wachstum von benachbarten Organen (Tube, Fimbria ovarica, Ligamentum suspensorium ovarii) umfaßt. Der Stiel besteht selten aus einer einfachen Duplikatur des Peritoneums (die wenig Bindegewebe und zarte Gefäße einschließt), am häufigsten aus dem ganzen kranialen Abschnitt des Ligamentum latum; letzterenfalls werden durch eine Stieltorsion auch die Tube und das Ovarium in Mitleidenschaft gezogen. Als Ursache der Stieltorsion der Parovarialcysten kommen dieselben Momente wie für die Ovarialcysten in Betracht; erstere scheinen sogar eine größere Beweglichkeit als letztere zu besitzen. Es wäre außerdem eine physiologische Drehung bis etwa 90 Grad zu erwähnen. Die Diagnose ist immer schwierig, es wird eher die Torsion als der Ausgangspunkt eines cystischen Adnextumors festgestellt. Bezüglich der Therapie wird empfohlen, womöglich das Ovarium zurückzulassen und am Tubenstumpf eine Salpingostomie auszuführen. *Colombino* (Mailand).

Mulier, H.: Pseudomucincystom in Gestalt des traubenförmigen Cystoms. Dissertation. Berlin 1913.

Ekler, Rudolf: Über Ovarial- und Parovarialtumoren. (*Rothschildspit., Wien.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 38, H. 5, S. 523—536. 1913.

Zusammenstellung eines 6jährigen Materials des Wiener Rothschildspitals von 211 Eierstockgeschwülsten, wovon 45 bösartig waren. Symptomatologie und Diagnosestellung bieten nichts Besonderes; als Fehldiagnose kamen zur Beobachtung 3 Nieren-, 1 Mesenterial-, 2 Magen- und 1 Pankreastumor. Die Indikationsstellung geht dahin, jeden Ovarialtumor wegen der Gefahr der Stieldrehung und der malignen Degeneration zu entfernen und zwar durch Laparotomie (median 158 mal, nach Pfannenstiel 38 mal ausgeführt) oder durch Kolporcöliotomie (15 mal). Die Operation der Wahl ist bei benignen Tumoren die Ovariotomie, bei malignen die Radikaloperation, gewöhnlich ohne Drainage. Bei gutartigen Fällen war die Mortalität 1,2 %, bei bösartigen die primäre Mortalität 8,9 %. Von den 211 Tumoren waren 32 intraligamentär entwickelt, 179 gestielt, davon 47 stielgedreht (bedeutendste Torsion 5 mal 360 Grad); 2 mal wurde eine Ruptur, 3 mal eine Vereiterung des Tumors festgestellt. Bei 9 Fällen wurde die Operation bei gleichzeitiger Gravidität ausgeführt. Pathologisch-anatomisch handelte es sich im wesentlichen um: Cystoma serosum simplex (60), Cystadenoma serosum (42), Dermoidcysten (46), Carcinom (42) und Sarkom (3). Bei 11 Fällen ging die Neubildung vom Parovarium aus. *Moos* (Breslau).

Lerda, Guido: Leiomyoma septi urethro-vaginalis. (*Osp. magg. di S. Giovanni e d. città Torino.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 2/3, S. 846 bis 853. 1913.

49jährige, gesunde Pluripara mit normalen Menstruationsverhältnissen. Seit 9 Monaten, 9 Jahre nach der letzten Geburt, Auftreten einer Anschwellung zwischen den großen Schamlippen, Gefühl eines Fremdkörpers am Perineum, leichtes Brennen der vorgefallenen Vaginalhaut, geringer Tenesmus vesicae. Befund: Aus dem Introitus vaginae ragt eine mandarinengroße Geschwulst von dem Aussehen einer starken Cystocele hervor, die sich in der vorderen Scheidenwand entwickelt hat. Vaginalhaut über derselben blau, verdünnt und gespannt. Harnröhrenmündung halbmondförmig mit unterer Konkavität. Der fast halbkugelförmige, elastische, nicht an Scheidenwand und Urethra angewachsene Tumor läßt sich leicht in die Scheide reponieren. Keine Verbindung mit Uterus oder anderen Organen. Auf der Vorderwand des ersteren zwei subseröse Myome. Operation: Infiltrationsanästhesie. Spaltung der vorderen Scheidenwand und Ausschälung des wenig vascularisierten, eine deutliche Kapsel zeigenden Tumors, der keinen Stiel aufweist. Harnröhrenwand nur an einer Stelle etwas verdünnt, Vaginalwand nur in der Mitte des Tumors verdünnt, an den Seiten normal dick. Uterus steht zum Tumor in keiner Beziehung. Naht. Eingelegte kleine Glasdrainage am 3. Tag entfernt. Heilung in 8 Tagen. Beschreibung der Geschwulst: Rundliche, deutlich eingekapselte, glatte, elastische, spiegellichten Glanz zeigende Geschwulst. Schnittfläche rosafarben, nach verschiedenen Seiten hin durchkreuzt von fibrösem Gewebe. Mikroskopischer Befund: In den oberflächlichen Schichten ziemlich reichliches, schichtweise gelagertes fibröses Bindegewebe mit zahlreichen elastischen Fasern, von dem mehr oder weniger dünne in das Gefüge des Tumors eindringende Bindegewebsscheidewände sich abzweigen. Zwischen den letzteren Bündel von glatten, ziemlich großen Muskelfaserzellen mit ovalem, länglichem Kern. Die verschieden angeordneten und verästelten Bündel bilden ein plexusartiges Geflecht, das den am meisten hervortretenden Teil der Geschwulst darstellt. In ihren Zwischenräumen liegen Gefäßverästelungen. Keinerlei Drüsenbildung nachweisbar (siehe Figur). Zahl der bekannten Fälle solcher Tumoren ungefähr 260.

Der Grund, warum die Fibrome der Vagina sich mit Vorliebe im vorderen Scheidenabschnitt vorfinden, beruht erstens in der engen Beziehung zwischen dem größten Teil der Harnröhre und der Scheide und zweitens in dem Vorkommen der Wolffschen

Reste gerade im vorderen Scheidenabschnitt bisweilen als Faserepithelröhren (Malpighi-Gartnersche Kanäle), dann als einfache, isolierte Epithelreste (Cysten, Adenome) oder fibromyomatöse Kerne oder Faserepithelkerne (Fibrome, Fibromyome, Adenomyome). Von der Mehrzahl der modernen Autoren wird die Möglichkeit des Ursprunges dieser Tumoren von Wolffschen Resten angenommen. Nach einer kritischen Kontroverse mit Raimondi, welcher die Existenz von Harnröhrenfibromen mit vaginaler Entwicklung leugnet, sowie einer eingehenden Schilderung aller wertvollen diagnostischen Kriterien und deren Verwertung für die Entstehung derartiger Tumoren, spricht der Verf. die Ansicht aus, daß er seinen Fall für eine Dermoidgeschwulst Müllerschen Ursprungs zu halten geneigt ist. *Moraller* (Berlin).

Clark, S. M. D.: Discussion of pelvic infection, with special reference to the needs of the general practitioner. (Über die infektiösen Erkrankungen der Beckenorgane, mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse des praktischen Arztes.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66,** Nr. **4,** S. 269 bis 277. 1913.

Nach einem Überblick über die pathologische Anatomie der Beckeninfektionen, gibt Verf. einige für den praktischen Arzt nützliche Winke betreffs der Diagnose und Therapie dieser Erkrankungen. *Hall* (Graz).

Zipkin, N.: Die konservative und operative Behandlung der entzündlichen Adnextumoren. Dissertation. Berlin 1913.

Hirschfeld, F.: Untersuchungen des Nervensystems bei 62 Fällen von Parametritis posterior. Dissertation. Berlin 1913.

Heller, J.: Über Tumoren des Ligamentum rotundum uteri. Dissertation. Berlin 1913.

Bauchorgane:

Kemp, Robert Coleman: The relations of adhesions and intestinal angulations resulting from enteroptosis, to chronic constipation. (Die Beziehung von Adhäsionen und Abknickungen infolge Enteroptosis zur chronischen Obstipation.) New York med. journal Bd. **98,** Nr. 1, S. 5—10. 1913.

Verf. beschreibt eingehend 11 Fälle mit Röntgenabbildungen von Enteroptosis und rät es anfänglich mit Bandagenbehandlung zu versuchen, da er von chirurgischen Eingriffen nicht viel Besserung gesehen. *Gelinsky* (Berlin).CH

Bernstein, Paul: Die Orthopädie der Hernien. Med. Reform Jg. **21,** Nr. 22, S. 413—414. 1913.

Appell an die Ärzte, der individuellen Bandagenbehandlung der Hernien mehr Interesse entgegenzubringen. Die „Orthopädie der Hernien" ist ein Gebiet, das nicht mehr dem Bandagisten überlassen werden darf. Das moderne, verstellbare Bruchband mit Pelottenkörper aus modellierbarer Masse kann nur von dem spezialistisch geschulten Arzt angelegt werden. Deshalb wird bessere Ausbildung der Mediziner in der konservativen Bruchbehandlung verlangt. *Bleek* (Bielefeld).

Zimmermann, A.: Ist die Paraffininjektion zur Behandlung von Hernien vom wissenschaftlichen Standpunkte aus zu verwerfen? Bemerkungen zur Operation von Mißerfolgen der Paraffinkur. (Dtsch. med. Ges., Chicago, Sitzg. v. 17. VI. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 45, S. 2547. 1913.

Die Zahl der Mißerfolge der Paraffinbehandlung der Hernien ist eine sehr große. Verf. hat in einer Anzahl von Fällen die operative Entfernung des Paraffins vornehmen müssen, teils wegen Rezidive der Hernien, teils wegen anderweitiger Beschwerden. In einigen Fällen war die Heilung in der Tat eine korrekte. Aber hier drängt sich, wenn man bedenkt, in welchen Händen die Paraffinkur liegt, wohl die Frage auf, ob es sich wirklich um eine Hernie gehandelt hat. Die Paraffinkur ist zu verwerfen, denn das Paraffin gerät nicht immer dahin, wohin man es bringen will; es gerät leicht in die Blutgefäße der Leistengegend und des Oberschenkels mit Gefahr einer Embolie, oder es gelangt eher in die Muskeln als an die Bruchstelle. Das Paraffin verbleibt

nicht an der primären Stelle; es senkt sich fortwährend. Wegen der sich bildenden Gewebskapsel sind nachträgliche Operationen technisch schwierig und geben eine minder günstige Prognose. Die Unwissenschaftlichkeit des Vorgehens der Paraffinkur ist unbedingt zu verwerfen, bei den Patienten aber leider sehr beliebt. Verf. bringt einige eklatante Fälle aus seiner Praxis zur Illustrierung. *Runge* (Berlin).

La Torre, Felice: Über die intimen Beziehungen des Peritoneums zum Muskelgewebe des Uterus. (*Inst. d. pathol. Anat. d. kgl. Univ., Rom.*) Gynaekol. Rundschau Jg. 7, H. 20, S. 733—738 u. 5 Taf. 1913.

Das Peritoneum, das den Uterus am Fundus überzieht, besteht aus einer sehr feinen Gewebsschicht, die von Zellen bedeckt ist. Die Grundsubstanz besteht aus Bindegewebe und elastischen Fasern, die als Scheidewände in die Muskelsubstanz eindringen und dieselbe bis ins Unendliche teilen. Aus dieser histologischen Anordnung resultiert die innige Verwachsung des Peritoneums mit der Muskelsubstanz, die eine Lospräparierung des Peritoneums am Fundus uteri unmöglich macht. *Markus* (Breslau).

Falkenburg, C.: Ein Fall von Gasansammlung in der freien Bauchhöhle. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **124,** H. 1/4, S. 130—136. 1913.

Bei einem wegen Appendicitis gangraenosa am 2. Tage der Erkrankung operierten Patienten entstand nach zunächst glattem Verlauf am 15. Tage p. op. eine Auftreibung des Abdomen, die am 22. Tage die Indikation zu einem neuen Eingriffe unter der Diagnose: paralytischer Ileus war. Bei der Laparotomie entleerte sich aus allen Teilen der freien Bauchhöhle eine riesige Menge nicht riechenden Gases, während die sollabischen Dünndarmschlingen unverändert waren; es fand sich keine Spur von Exsudat, Adhäsionen oder Absceßbildung. Verf. konnte in der Literatur keinen gleichen Fall finden. Ätiologisch erklärt er ihn dahin, daß entweder gasbildende Bakterien mit kleinen Exsudatresten an der Grenze des früheren Absceßherdes von vornherein zurückgeblieben sind oder daß durch eine infolge der Entzündung geschädigte Stelle der Darmwand Bakterien durchgewandert sind. Eine bakteriologische Untersuchung wurde nicht gemacht. *Bode* (Kassel).CH

Bartolotti, Cesare: Su di un raro episodio nel decorso di una tubercolosi peritoneale cronica. (Über ein seltenes Ereignis im Verlauf einer chronischen Peritonealtuberkulose.) (*Osp. civ. Vittorio Emanuele III., Tripoli.*) Morgagni Jg. **55,** T. 1, Nr. 8, S. 309—314. 1913.

30jähriger Mohammedaner erkrankt unter Erscheinungen einer abgesackten tuberkulösen Peritonitis im rechten Unterleib. Eines Tages entleerte sich der Erguß, 1500 ccm, durch die Harnblase. Der Tumor füllte sich später wieder. Probepunktion entleerte Flüssigkeit, wie sie im Urin gefunden wurde. Nach 4 Tagen entleerte sich das Exsudat wiederum durch die Blase. Die milchige, etwas blutig getrübte Flüssigkeit hatte ein spez. Gew. von 1020, schwach alkalische Reaktion, 1,5% Albumen, 15‰ Fett, 1,8% Zucker. Mikroskopisch fand sich eine Emulsion von Fetttröpfchen, große unregelmäßige Endothelien, Eiterkörperchen, 50% Polynucleäre, reichlich Lymphocyten, Elemente aus Niere und Nierenbecken fehlen. Tuberkelbacillen ließen sich (nach Jousset) nicht nachweisen. Impfung auf Meerschweinchen ergab lokalisierte und generalisierte Tuberkulose. 2 Tage später war der Urin wieder normal. Parasiten fehlten. Während längerer Zeit bestand leichtes Fieber; der Bauchtumor war verschwunden. Pat. konnte in Heilung entlassen werden. Ureterenkatheterismus ließ sich nicht ausführen. Es handelte sich also um einen Durchbruch in die Blase. Die Flüssigkeit ließ neben charakteristischen Bestandteilen eines tuberkulösen Exsudates auch Chylusmaterial erkennen. Diese Mischung im intraperitonealen Absceß dürfte wohl durch tuberkulöse Erkrankung und Zerstörung von Chylusgefäßen und Lymphdrüsen bedingt worden sein. Die Elimination durch die Blase hat wohl an deren Scheitel stattgefunden. *Hotz* (Würzburg).CH

Spence, Thos. B., and Henry F. Graham: Chronic mesenteric ileus, with a report of three cases. (Chronischer mesenterialer Ileus, Bericht über drei Fälle.) Med. rec. Bd. **84,** Nr. 11, S. 473—477. 1913.

Auf Grund der 3 beobachteten Fälle verlangen die Verff., daß nicht nur periodisches Erbrechen und das zyklische Erbrechen der Kinder vom Standpunkt des arteriomesenterialen Duodenalverschlusses betrachtet werden, sondern auch hysterisches und nervöses Erbrechen und Fälle, die derzeit als gastrische Neurosen bezeichnet werden. *Salzer* (Wien).CH

Bryan, W. A.: Treatment of acute intestinal obstruction. (Behandlung des akuten Ileus.) Journal of the Tennessee State med. assoc. Bd. **6,** Nr. 5, S. 169—177. 1913.

Die hohe Mortalität des mechanischen Ileus ist nur zu bessern durch eine ausnahms-

los durchgeführte Frühoperation, die beim Ileus noch weit wichtiger erscheint als bei der Appendicitis. *Albrecht* (München).

Schwarz, Emil: Zur Ätiologie und Histogenese des primären Wurmfortsatzkrebses. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **124,** H. 5/6, S. 495—506. 1913.

Verf. erörtert an der Hand dreier Fälle von primären Krebsen des Wurmfortsatzes, die im Womans-Hospital (New-York) operativ gewonnen wurden, unter Beibringung von guten mikroskopischen Bildern Ätiologie und Histogenese dieses Krebses. Er hält die Wurmfortsatzneubildungen für Carcinome, hervorgegangen aus den Epithelien der Lieberkühnschen Krypten. Sie sind Analoga der von Lubarsch u. a. beschriebenen „kleinen Dünndarmkrebse" und ähneln in ihrem klinischen Verhalten und histologischen Eigenheiten im besonderen den langsam wachsenden Krebsen, z. B. den Basalzellenkrebsen Krompechers. Die entzündlichen Veränderungen in diesen Wurmfortsätzen sind nicht die Folgen des Krebses, sondern primär und wahrscheinlich das ätiologische Moment für die Carcinombildung. *zur Verth.*CH

Gravirowski, N. P.: Zur Frage der Appendicitis cystica. (*Lazarett, Helsingfors.*) Milit.-med. Zeitschr. Jg. **91,** H. 10, S. 214—221. 1913. (Russisch.)

21jähriger Patient, wiederholte Schmerzanfälle in der Fossa ileo-coecalis dextra. In der letzteren war ein derber schmerzhafter, etwas beweglicher Tumor zu palpieren. Temperatur bis 38,0°. Bauchschnitt nach Roux. Der Appendix war in eine mandarinengroße Cyste verwandelt. Typische Entfernung der Cyste wie bei Appendectomie. Heilung per primam. Die Cyste stellte eine Erweiterung des ganzen Wurmfortsatzes dar. Inhalt serös, steril. Die Mündungsstelle des Wurmfortsatzes obliteriert.

Die Obliteration kommt durch Vernarbung der Schleimhautgeschwüre zustande. Geschwüre entstehen meistens bei Appendicitis, dann bei Typhus, Tuberkulose, bei Störungen der Blutzirkulation, besonders der venösen infolge eines Spasmus der Gefäßwand (Aschoff). Die Entstehung solcher Cysten ist unter 3 Umständen möglich: 1. Obliteration der Mündungsstelle des Wurmfortsatzes in das Coecum. 2. Sterilität des Inhaltes im Moment des Verschlusses und 3. Intaktsein der Schleimhaut, damit die Sekretion vor sich gehen kann. *Ginsburg* (Breslau).

Outland, John H.: A self-invaginating hemostatic stitch for the appendix stump. (Eine selbst einstülpende, blutstillende Naht für den Appendixstumpf.) Journal of the Missouri State med. assoc. Bd. **9,** Nr. 10, S. 335—336. 1913.

Nach Unterbindung der Mesosalpinx in der gewöhnlichen Weise wird die Appendix dicht am Übergang vom Kolon mit einer gebogenen Klemme abgeklemmt und die Appendix zwischen ihr und einer distalen 2. Klemme abgetragen. Dann wird mit fortlaufendem Faden ungefähr 1 cm vom Appendixstumpf entfernt, unter der Klemme — Lembertsche Naht — durchgestochen, der Faden über die Klemme geführt, eingestochen, der Faden subserös der Klemme parallel geführt ausgestochen, über die Klemme hinweg, auf der anderen Seite wieder parallel subserös — also ähnlich einer Matratzennaht — gelegt usw., ca. 4 mal, dann wird zum Schluß der Faden wieder in einem Abstand von 1 cm auf der anderen Seite vom Appendixstumpf wieder möglichst nahe des letzten Matratzenstichs unter der Klemme durchgestochen. Dann werden die beiden Fadenenden in die eine Hand genommen, die Klemme mit der anderen Hand entfernt und nun wird unter selbständiger Einstülpung des Stumpfes der Faden emporgezogen und geknüpft. Eine besondere Einstülpung des Stumpfes mit einem Instrument ist dabei nicht notwendig. Verfahren ist an 530 Fällen als vorzüglich erprobt. *Penkert.*

Divaris: Recherches sur l'appendicite. (Untersuchungen über Appendicitis.) Thèse. Paris 1913.

West, E. S.: Lipoma of the descending colon causing intussusception. (Lipom des Colon descendens als Ursache einer Intussuszeption.) Northwest med. Bd. **5,** Nr. 9, S. 261—262. 1913.

Pièry et Mandoul: Contribution à l'étude de la tuberculose inflammatoire du gros intestin. Côlites et péricôlites tuberculeuses (20 observations personnelles). (Beitrag zum Studium entzündlicher Tuberkulose des Dickdarms. Tuberkulöse Kolitis und Perikolitis [20 eigene Beobachtungen].) Tuberculosis Bd. **12,** Nr. 5, S. 170—177. 1913.

Auf Grund 20 beobachteter Fälle bestätigen Verff. das Poncet-Lerichesche Krankheitsbild der „Tuberculose inflammatoire" am Dickdarm. Einen großen Teil derselben bildete der sogenannte tuberkulöse Enterospasmus, einen viel kleineren die Enterocolitis mucomembranacea. Verff. rechnen hiezu einen Fall Hirschsprungscher Krankheit. Die Bestätigung der Diagnose sehen Pièry und Mandoul in ander-

weitig im Organismus gefundenen tuberkulösen Veränderungen. Die Therapie besteht in allgemeiner antituberkulöser Behandlung. *Holzwarth* (Budapest).[CH]

Heyd, Chas. Gordon: Cecal adhesions: their pathological and clinical significance. (Cöcaladhäsionen, ihre pathologischen und klinischen Zeichen.) Post-graduate Bd. **28**, Nr. 8, S. 748—756. 1913.

Autor unterscheidet: 1. die Stieltorsion des Coecum und des Dickdarms, 2. Coecum mobile, 3. perikolitische Membranen, 4. sog. zufällige Mesenterien nach Lane. Diese Anomalien können alle möglichen intestinalen Symptome zur Folge haben. Oft bestehen zugleich Veränderungen am Appendix. *Hannes* (Breslau).

Hustin, A.: A propos de quelques cas de cancer du gros intestin. (Einige Fälle von Carcinom des Dickdarmes.) Journal de chirurg. et ann. de la soc. belge de chirurg. Jg. **1913**, Nr. 6/7, S. 172—175. 1913.

Bericht über fünf glücklich verlaufene Fälle von Dickdarmresektionen wegen Carcinoms; es wurden teils End-zu-End, teils End-zu-Seit und teils Seit-zu-Seit-Anastomosen angewandt. Stets ausgezeichnete Darmfunktion. *Hannes* (Breslau).

Souther, Chas. T.: Hemorrhoids. (Hämorrhoïden.) Lancet-clin. Bd. **110**, Nr. 15, S. 382—384. 1913.

Vor der Operation keine Abführmittel, wenigstens nicht in den letzten 48 Stunden! Umgebung des Afters nicht rasieren! Lange Haare werden kurz geschnitten. Hämorrhoiden mit Prolaps sollen nach Whitehead operiert werden. Will der Kranke seine Tätigkeit nicht unterbrechen, so wird die Entfernung der Knoten in mehreren Sitzungen vorgenommen und jedesmal nur ein Hämorrhoidal-Pfeiler entfernt. Es muß der ganze Pfeiler bis über den inneren Sphincter hinaus entfernt werden. Ligaturen im Gebiete des Sphincter geben zu postoperativen Schmerzen Veranlassung, sind daher zu vermeiden. Sie sollen oberhalb oder außerhalb angelegt werden. Sphincter nicht dehnen! Drainrohr im Mastdarm nach der Operation ist überflüssig; es sollte, wenn überhaupt benutzt, nur 2—3 Tage liegen! *zur Verth* (Kiel).

Zobel: A further consideration of Sir Charles Ball's operation for intestinal haemorrhoids. (Weiterer Bericht über Sir Charles Balls Operation der Hämorrhoidalknoten.) Transact. of the americ. proctol. soc. Jg. **1913**, Juni-H. 1913.

In jedem Falle, in dem Balls Technik im wesentlichen exakt befolgt wurde, waren die von Verf. erzielten Erfolge außerordentlich befriedigend. Nach einer Kritik der Operation faßt Verf. seine Schlußfolgerungen dahin zusammen: Als eine Modifikation des alten Ligaturverfahrens ist sie besser als dieses und zugleich der Operation mit Quetsche und Thermokauter weit überlegen insofern, als sie die Wiederkehr des entzündeten analen Hautringes verhütet, der gewöhnlich unmittelbar nach dieser Operation stark ödematös wird und nach dem Verschwinden der Schwellung Hautschwielen hinterläßt. *Gümbel* (Bernau).[CH]

Sonntag, Erich: Beitrag zur Frage der solitären, nichtparasitären Lebercysten. (*Chirurg. Klin., Leipzig.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **86**, H. 2/3, S. 327 bis 377. 1913.

25jähriges Fräulein, seit einem Jahr krank. In der Oberbauchgegend zwischen den beiden Rippenbögen große, pralle, fluktuierende Geschwulst, welche nach oben und links unter dem Rippenbogen verschwindet und rechts in die Leber übergeht, respiratorisch verschieblich. Kein Ikterus. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Leberechinokokkus. Die Laparotomie ergibt eine dünnwandige, fast den ganzen linken Leberlappen einnehmende Cyste, mit der vorderen Bauchwand und dem Omentum minus leicht verwachsen. Teils stumpfe, teils scharfe Ausschälung der Geschwulst ohne wesentliche Blutung; teilweise Vernähung der Leberwunde; Jodoformgazetampon; Bauchnaht. Heilung. Cystenwand zeigte innen einschichtiges kubisches Epithel, außen Bindegewebe in drei Schichten. Ausführliche Darstellung der Pathogenese, Diagnose und Therapie der nichtparasitären Lebercysten. *Neupert* (Charlottenburg).[CH]

Griffin, E. L.: End results in gall bladder surgery. (Endergebnisse in Gallenblasen-Chirurgie.) Atlanta journal-rec. of med. Bd. **60**, Nr. 6, S. 237 bis 240. 1913.

Betagte oder mittelalte Kranke, die seit langer Zeit an Gallenstörungen und Begleitkrankheiten leiden, kehren trotz gründlicher und wohl gelungener Operation oft nicht zur alten Gesundheit zurück. Pellagra scheint die Gallenblase auszutrocknen. *zur Verth.*

Harnorgane:

Kneise, O.: Einige meiner Erfahrungen auf dem Gebiete moderner Urologie (besonders endovesicaler Operationen). Med. Klinik Jg. 9, Nr. 42, S. 1721-1725. 1913.

An der Hand einzelner prägnanter Fälle wird die Notwendigkeit exakter cystoskopischer Untersuchung, ev. mit Zuhilfenahme des Ureterenkatheterismus zur Vermeidung von Fehldiagnosen erwiesen. Nur so wird es möglich sein, Fehldiagnosen speziell bei Nieren-Blasentuberkulosen, Blasentumoren, Steinerkrankungen und Fremdkörpern zu vermeiden. Die früher rein chirurgische Methode ist nach Möglichkeit durch endovesicale Operationsverfahren zu ersetzen, die für einen einigermaßen geübten Cystoskopiker keine Schwierigkeiten darbieten. Die von Kneise angewandte endovesicale Operationstechnik ist kurz folgende: Nach Auffüllung der Blase mit ca. 200 ccm Borlösung und schneller Orientierung mit dem Untersuchungscystoskop wird das Operationscystoskop fertig armiert eingeführt. Eine lokale Betäubung mit Eucain oder Novocain oder ein Dämmerschlaf ist nur selten notwendig. K. gibt der Benutzung der kalten Schlinge den Vorzug. Technische Einzelheiten sind im Original nachzulesen. Alle Operationen, die endovesical ausgeführt werden können, sind auch auf diesem Wege auszuführen. Schnittmethoden kommen nur in Ausnahmefällen in Frage.

Als Vorteile des endovesicalen Operierens sind anzusehen: 1. die geringere Gefahr der multiplen Rezidive, der Propagierung der Tumoren, die Vermeidung carcinomatös entarteter Metastasenbildungen der Bauchdecken. 2. Die bessere Entfaltung der Tumoren in der gefüllten Blase. 3. Die Vermeidung der Narkose, sonstiger allgemeiner Anästhesien und eines Krankenlagers mit den dabei möglichen Komplikationen. 4. Die enorme Zeitersparnis und ambulante Durchführung der Behandlung. 5. Die psychische Schonung der Patienten, die eine endovesicale Operation nicht als solche empfinden.

Fries (Greifswald).

Vandeputte: Contribution à l'étude du traitement médical de la tuberculose urinaire. (Beitrag zur internen Behandlung der Tuberkulose des Harnapparates.) (17. congr. internat. de méd., Londres [août 1913].) Rev. mod. de méd. et de chirurg. Jg. **11**, Nr. 9, S. 328—338. 1913.

Rechtsseitige Nierenblasentuberkulose bei einer 56jährigen Frau und linksseitige Blasennierentuberkulose bei einem 42jährigen Mann, der gleichzeitig eine Mischinfektion mit Gonokokken hatte. In beiden typischen Fällen wurde von einer Nierenexstirpation wegen hohen Fiebers und allgemeiner Abmagerung Abstand genommen, dagegen eine längerdauernde interne Behandlung mit subcutanen und intrarenalen Injektionen von Petrolextrakten von Gallenlipoiden (Paratoxine, Extrait pétroléique de lipoides biliaires) vorgenommen. Im ersten Falle wurde die Behandlung fast 1 Jahr, im letzten über $^1/_4$ Jahr durchgeführt, in der Weise, daß von der Lösung B 15—20 ccm alle 2 Tage in die Blase injiziert, von der Lösung B in Zwischenräumen von 2 Tagen 0,2 steigend bis 1,0 cm längere Zeit subcutan gegeben wurden. Die Erfolge dabei waren überraschend gut; Tuberkelbacillen wurden weder mikroskopisch danach gefunden, noch auch irgendwelche pathologisch anatomische Veränderungen bei den mit Urin geimpften Meerschweinchen. Auch die schweren Blasenveränderungen waren cystoskopisch vollkommen zurückgegangen. *Penkert* (Halle a. S.).

Legueu and Chevassu: Treatment of urinary tuberculosis, tuberculin and nephrectomy. (Behandlung der Tuberkulose der Harnorgane, Tuberkulin und Nephrektomie.) California State journal of med. Bd. **11**, Nr. 10, S. 402 bis 405. 1913.

Auf Grund eines sehr großen statistischen Materials (1539 operierte Fälle, 738 intern und 184 mit Tuberkulin behandelte Fälle) erscheint die chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose der inneren Therapie weit überlegen: 6% operative Mortalität, 18% spätere Todesfälle, ca. 50% Dauerheilung, 25% Besserung. Mit Tuberkulin ist bei einzelnen Fällen Besserung erzielt worden. Die Mißerfolge überwiegen jedoch durchaus. Eine Tuberkulinkur ist allenfalls angängig bei jungen Individuen bei sehr früh gestellter Diagnose, ohne Pyurie, ferner als Nachbehandlung nach Nephrektomien. Die Nephrektomie bleibt das souveräne Mittel bei Nierentuberkulose. *Liek* (Danzig).

Hagedorn, Cystenniere und Ureterverschluß. (*Stadtkrankenh., Görlitz.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 3, S. 264—269. 1913.

Bei einer 58jährigen Frau, die im 23. Lebensjahr eine Sectio caesarea und 5 Jahre später wegen hartnäckiger Narbenfistel eine abdominelle Uterusexstirpation überstanden hatte, stellten sich 9 Jahre vor der jetzigen Erkrankung anfallsweise auftretende Schmerzen in

l. Nierengegend verbunden mit Harn- und Stuhlretention ein. In letzter Zeit allmählich wachsende Geschwulst in l. Oberbauchgegend. Bei der Krankenhausaufnahme wurde in l. Flanke ein überkopfgroßer knolliger, prallelastischer Tumor festgestellt. Urin trübe, stets eiterhaltig, 500—600 ccm pro die. Cystoskopie zeigte in l. Blasenhälfte zwei Uretermündungen übereinander und zwar den linken nicht funktionierenden über dem rechten gut arbeitenden gelegen. Ureterenkatheterismus gelingt rechts spielend, linkerseits läßt sich der Katheter nur 5 cm weit einführen. Am nächsten Tage sehr reichlicher Abgang blutigen Urins, gleichzeitig Verkleinerung der Geschwulst in linker Flanke, die Freilegung der linken Niere ergab ein cystisch degeneriertes Organ; Nephrektomie. 19 Tage p. o. Schüttelfrost, Anurie. In rechter Nierengegend kindskopfgroßer Tumor. Ureterenkatheterismus, der leicht gelang, blieb ebenso wie die Verabreichung von Diureticis ohne Erfolg. Leichte Benommenheit, Punktion des Tumors mit Troikart, Drainage. Reichlicher Abgang blutigen Urins, 4 Tage später dann entfernt; glatte Heilung. Nach 6 Wochen beschwerdefrei entlassen. — Verf. nimmt an, daß es sich bei der Pat. um eine doppelseitige, kongenitale Cystenniere (nach **Orth** stets doppelseitig) gehandelt hat. Infolge der mehrfachen Laparotomien Entwicklung von Narbenschrumpfungsvorgängen im kleinen Becken, die zu einer Linksdrehung der Blase (ca. 90° um die Längsachse) und zu einer Stenose des linken Ureters führten. Die rechte Niere konnte, da gleichfalls pathologisch verändert, nach Entfernung der linken zunächst nicht kompensatorisch eintreten und versagte vollkommen. Erst allmähliche Übernahme der erhöhten Funktion; ein Beweis dafür, daß noch genügend arbeitende Parenchymflächen zur Verfügung standen. *Münnich* (Erfurt).CH

Braasch, William F.: Clinical data on renal lithiasis. (Klinische Daten über Nephrolithiasis.) Journal-lancet Bd. **33,** Nr. 20, S. 561—564. 1913.

Es werden die klinischen Beobachtungen, die an 251 wegen Nephrolithiasis operierten Fällen gewonnen wurden, zusammengestellt. In 46% fand sich der klassische Symptomenkomplex (Hämaturie, akute Schmerzattacke in der Nierengegend nach vorn und unten ausstrahlend. In 12% wurde der Schmerz in die Gallenblasengegend lokalisiert mit Ausstrahlung nach hinten; in 12% Lokalisation auf die Appendixgegend; in 22% Schmerzen beiderseits; in 15% wesentlich Schmerzen auf der kranken Seite, in 6% hauptsächlich auf der gesunden Seite. In 8% keine oder minimale Schmerzen, in 10% Schmerzen diffus im ganzen Abdomen. Bei 107 von 131 Uretersteinen wurden die Schmerzen in die Nierengegend lokalisiert, und die Ausstrahlung wie bei Nierensteinen. Deswegen diese subjektiven Daten für die Lokalisation ohne praktische Bedeutung, Aufschluß kann allein die Radiographie geben. Es wird auf die Verwechslung mit Kalkablagerungen in tuberkulösen Nieren hingewiesen; 3 mal fanden sich solche Steinschatten bei Calcifikationen in Hypernephromen. Für die Lokalisation des Schattens ist besonders die Pyelographie von Bedeutung. Koinzidenz von Nephrolithiasis mit anderen Abdominalerkrankungen: Cholecystitis; häufig fand sich eine subakute oder chronische Appendicitis. Perinephritischer Absceß wurde öfter bei Sitz des Steines in der Rinde als im Becken gefunden. Wert der Urinanalyse: sichtbare Hämaturie fand sich in 56% der 251 Fälle, typische Nierenkoliken in 41%, unbestimmte Schmerzen in 9,5%, keine Schmerzen in 4,4%; mikroskopisch fand sich Blut in 91%, in 93% fand sich Eiter. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Keene, Floyd E., and John L. Laird: The diagnosis of tuberculosis of the kidney. (Die Diagnose der Nierentuberkulose.) Americ. journal of the med. scienc. Bd. **146,** Nr. 3, S. 352—363. 1913.

Nach kurzen Bemerkungen über die pathologisch-anatomischen Formen der Nierentuberkulose macht Verf. darauf aufmerksam, wie selten die Diagnose des Leidens vom praktischen Arzte gestellt werde, und wie wichtig andererseits eine Frühdiagnose sei. Es solle jeder „Blasenkatarrh" der nicht baldigst der üblichen Behandlung weiche, dem Spezialisten zugeführt werden. Bei der Unsicherheit der Diagnosenstellung aus den übrigen sehr wechselnden und nicht immer eindeutigen Erscheinungen legt er den größten Wert selbstverständlich auf den bakteriellen Nachweis und dann auf die cystoskopische Untersuchung und den Ureterenkatheterismus der gesunden Seite. Es sollen natürlich auch die anderen Hilfsmittel benutzt werden, in zweifelhaften Fällen auch die Röntgenuntersuchung, unter Umständen mit Injektion von Kollargol in das Nierenbecken, zum bakteriellen Nachweis auch der Tierversuch. Beim Manne muß bei positivem Bakterienbefund eine Erkrankung der Genitalorgane ausgeschlossen werden. Im Tierversuch wird sowohl nach der Angabe von **Bloch** als auch subcutan verimpft. Beide Methoden gaben in 77% positiven Befund. Es wird der große Vorteil der Methode von **Bloch** betont, die schon nach 10 Tagen die Entscheidung ermöglicht.

Ellermann (Danzig).CH

Thiede, W.: Eine Mischgeschwulst der Nierenkapsel (Osteochondrofibrom). Dissertation. Berlin 1913.

Lower, William E.: The treatment of recurrent malignant tumors of the urinary bladder with the high frequency or oudin current, with a report of a case. (Die Behandlung von bösartigen Geschwulstrezidiven der Harnblase

mit Hochfrequenzströmen. — Bericht über einen Fall.) Cleveland med. journal Bd. **12**, Nr. 9, S. 607—609. 1913.

48jähriger Patient, im Jahre 1909 Entfernung eines papillären Carcinoms durch Sectio alta. Im Jahre 1911 Rezidiv; 5malige Kauterisation mit Hochfrequenzströmen, Heilung bis heute. *Albrecht* (München).

Steiner, Paul, Beiträge zur Chirurgie der Blasen-, Prostata- und Harnröhrensteine. (*Chirurg. Univ.-Klin., Kolozsvár.*) Folia urol. Bd. **7**, Nr. 8, S. 471—512. 1913.

Referat gehalten auf dem V. Kongreß der ungarischen Gesellschaft für Chirurgie. Eingehende Besprechung der neuesten Forschungen über die Pathogenese der Steinkrankheit, die bisher trotz zahlreicher Arbeiten auf diesem Gebiete nicht geklärt ist. Eine Klärung ist nach Ansicht des Referenten durch die Biochemie zu erhoffen, wenn sie die intramolekulären Verhältnisse der die Steine bildenden komplizierten Verbindungen untersuchen wird. Die Abhandlungen über die Indikation und Technik der Steinoperationen bringen nichts Neues. Zur Primärnaht der Blase wird die von Harker (Tabaksbeutelnaht) empfohlen. *Münnich.*CH

Salmont: Contributions nouvelles au traitement des calculs vésicaux. (Neue Beiträge zur Behandlung der Blasensteine.) Thèse. Paris 1913.

Debeaux: Les calculs vésicaux latents, symptomatologie fruste dans la tuberculose vésicale. (Die latenten Blasensteine, verwischte Symptomatologie bei Blasentuberkulose.) Rev. prat. des malad. des organ. génito-urin. Jg. **10**, Nr. 59, S. 321—335. 1913.

Zusammenstellung der Symptome bei Blasensteinen: häufige Miktion, Schmerzen, Hämaturie, Unterbrechung des Urinstrahls usw. Es werden die bekannten Symptome beschrieben und auf ihre Differentialdiagnose gegenüber Harnröhrenstrikturen, Prostatahypertrophie, Cystitis eingegangen. In einer großen Zahl von Fällen sind die sonst üblichen Erscheinungen des Blasensteines verdunkelt und verwischt. Die Ursachen, die die klassischen Zeichen der Blasensteine unklar machen, hängen ab vom Alter, vom Sitz des Steines selbst, vom Zustande der Blase, von Prostata-Blasenveränderungen oder Urethralbegleiterscheinungen. In Fällen, in denen die Cystitis aller Behandlung trotzt, muß man immer an Steine denken. Das beste Mittel neben den alten Methoden ist und bleibt die Cystoskopie. *Penkert* (Halle a. S.).

Auguste, P.: L'urétroscopie. (Die Spiegelung der Urethra.) Thèse. Paris 1913.

Mamma:

David, Ch.: Le traitement des abcès du sein sans incision. (Die Behandlung der Abscesse der Brustdrüse ohne Incision.) Presse méd. Jg. **21**, Nr. 79, S. 789. 1913.

Während bei den schweren diffusen Formen der puerperalen Mastitis die klassische Incisionsbehandlung sich nicht umgehen läßt, empfiehlt Verf. für die circumscripten Abscesse die Punktionsdrainage, und zwar hauptsächlich aus kosmetischen Rücksichten. Ein dünner, mit Hahn versehener silberner Trokar wird am abhängigsten Punkte eingeführt und nach Respiration des Eiters die Höhle mit einer Lösung von Kollargol, Rhodium colloidale oder Jodoformöl gefüllt; der Trokar bleibt liegen bis die Eitersekretion sistiert. Wiederholung der Prozedur 2—3 mal täglich in den ersten Tagen. Heilung erfolgte in 1—3 Wochen ohne Narbe, selbst bei voluminösen Abscessen, welche bis zu 200 ccm Eiter enthielten. *Adler* (Berlin-P.).CH

Jaboulay, M.: Transformation maligne des tumeurs du sein bénignes et sa cause. (Maligne Entartung der gutartigen Mammatumoren und ihre Ursache.) Lyon chirurg. Bd. **10**, Nr. 3, S. 233—242. 1913.

An der Hand eigener Untersuchungen sucht Verf. zu beweisen, daß gutartige Brustdrüsengeschwülste unter dem Einfluß oder Reiz von Sarkosporidien krebsig werden können. Wegen der Gefahr einer malignen Entartung sollen auch gutartige Mammatumoren stets operativ entfernt werden. *Konjetzny* (Kiel).CH

Schloffer, H.: Zur Technik der Operation des Mammacarcinoms. (*Dtsch. chirurg. Univ.-Klin., Prag.*) Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 38, S. 1117 bis 1124. 1913.

Bei der Amputatio mammae wegen Carcinom soll ohne Rücksicht auf die entstehenden Hautdefekte und auf die Muskulatur die Schnittführung weit im Gesunden, 8—10 cm von der äußersten Grenze des Tumors vorgenommen werden, da erfahrungsgemäß die Aussaat von Krebskeimen in der Haut weiter reicht, als man gewöhnlich annimmt. Die Deckung des Hautdefektes geschieht nach Thiersch oder durch Lappenplastik, dabei ist darauf zu achten, daß der Stiel des Lappens nicht am Rücken sitzt. Den Verschluß der Wundfläche per secundam intentionem erfolgen zu lassen, ist unzweckmäßig. Zur Vermeidung eines Ödems am Arm ist

Elevation notwendig, wenn diese Behandlung für den Kranken sehr quälend ist, dann genügt auch horizontale Abduction. Statistiken aus der Prager und Innsbrucker Klinik werden vergleichsweise angeführt. *Carl* (Königsberg).CH

Morris, Robert T.: Small mammary neoplasms. (Kleine Brustdrüsengeschwülste.) Internat. journal of surg. Bd. **26**, Nr. 5, S. 155—156. 1913.

Bei kleinen Tumoren der Brust läßt Verf. regelmäßig während der Operation einen Gefrierschnitt machen und entschließt sich zu einer Radikaloperation erst nach dem Ergebnis der pathologisch-histologischen Untersuchung. Er hält es für vorteilhaft, dem Patienten oder deren Angehörigen eine schriftliche Notiz mitzugeben über die Natur des Tumors, um bei eventuell auftretenden Rezidiven sicher zu sein. Die Schmerzen, über welche radikal mit Ausräumung der Achselhöhle operierte Patienten oft klagen, finden nicht selten ihre Begründung in Adhäsionen im Schultergelenk, die durch Organisation von Gewebssaft entstanden sind. Die Behandlung ist Sprengung der Adhäsionen in Narkose. *Carl* (Königsberg).CH

Eggeling, H. von: Über die Form des Milchdrüsenkörpers beim menschlichen Weibe. Anat. Anz. Bd. **45**, Nr. 2/3, S. 33—38. 1913.

Präparat des Milchdrüsenkörpers einer 20jährigen Nulliparen. Beachtenswert an demselben ist die radiäre Anordnung der unregelmäßigen Zacken und Leisten auf der Vorderfläche desselben. Im Gegensatz zu Gegenbaur stellt er fest, daß diese vorwiegend radiäre Anordnung der Retinacula cutis eine Eigentümlichkeit der jungfräulichen Drüse ist, während dieselben bei der in voller Tätigkeit befindlichen Drüse eine ganz unregelmäßige Anordnung zeigen. Vermutlich stellen diese die oberflächliche Fettlage der Milchdrüse radiär durchsetzenden, von der Haut in die Drüsenmasse eindringenden Bindegewebszüge zum größten Teil die Wege dar, auf denen die bei der Schwangerschaft sich neuausbildenden Milchdrüsenschläuche sich entfalten, wodurch die anfangs radiären Leisten und Bindegewebszüge ihre ursprüngliche Form und Anordnung verlieren. Ferner hebt er die nur von Spalteholz erwähnte stärkere Ausbildung der kamm- und zackenartigen Fortsätze auf der Oberfläche des Milchdrüsenkörpers namentlich unten und lateralwärts hervor, welche bedingt, daß der letztere unten und außen ganz erheblich dicker als oben und innen ist. Dadurch kann man leicht die rechte und linke Drüse voneinander unterscheiden. Diese auch an dem Präparat des Verf. gut ausgeprägte Tatsache ist weiterhin für die Beurteilung der äußeren Form der weiblichen Brust von Wichtigkeit. Gegenüber dem Standpunkte, daß eine gut geformte Brust beim Weibe halbkugelig oder kegelförmig sein müsse, gibt schon Merkel an, daß die Hervorragung der Drüse meist einigermaßen der Schwere folgt, so daß sie in der unteren Hälfte eine etwas ausgesprochenere Rundung zeigt als in der oberen. Diese Erscheinung, welche der Verf. von einem gewissen Alter an für eine normale hält, hat ihren Grund nicht allein in der Schwere, sondern auch in der erwähnten stärkeren Ausbildung des Milchdrüsenkörpers in seinem unteren äußeren Quadranten. Die verschiedene Entfaltung der einzelnen Quadranten ist wahrscheinlich stammesgeschichtlich eine Folge des Herabsinkens des schweren Drüsenkörpers im Zusammenhang mit dem Erwerb der aufrechten Körperhaltung. *Moraller* (Berlin).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

● **Ekstein, Emil: Über das Verhältnis der modernen klinischen Geburtshilfe zur geburtshilflichen Praxis.** Leipzig: J. A. Barth. 1913. 19 S. M. 0.75.

● **Becker, W.: Erfahrungen aus der tierärztlichen Geburtshilfe.** Berlin: R. Schoetz. 1913. 123 S. M. 3.50.

Radcliffe, Arthur A.: Some simple points in obstetrics, with case reports. (Einige einfache Winke in der Geburtshilfe, mit Bericht über einige Fälle.) Med. council Bd. **18**, Nr. 10, S. 379—381. 1913.

Einfache, selbstverständliche, allgemein bekannte Winke. *Penkert* (Halle a. S.).

Suttner, C. N.: Operative midwifery in general practice. (Operative Geburtshilfe in der allgemeinen Praxis.) Northwest med. Bd. **5**, Nr. 10, S. 276—279. 1913.

Nichts Neues. *Mohr* (Berlin).

Lankford, Burnley: Two interesting obstetrical cases. (2 interessante geburtshilfliche Fälle.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18**, Nr. 12, S. 300—302. 1913.

I. Enges Becken, I-Para, Vorfall einer Hand. Vorbereitung zur Sectio caesarea. Dann gelang die Reposition der Hand, der Kopf trat ins Becken, spontaner Geburtsverlauf. II. 21-jährige I-Para mit tuberkulöser Spitzenaffektion. Geburt ad terminum. Steißlage, Forceps am Steiß, dann manuelle Entwicklung. Kompletter Dammriß, $2^1/_2$ Zoll im Rectum. Puerperium fieberfrei. Dammnaht primär geheilt, gute Kontinenz. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Goffe, Riddle J.: The New York obstetrical society and what it has contributed to the progress of medicine. The anniversary address delivered at the fiftieth anniversary of the society. („Die New Yorker geburtshilfliche Gesellschaft und was sie zum Fortschritt der medizinischen Wissenschaft beigetragen hat. Der Jahresbericht erstattet am fünfzigsten Jahrestag der Gesellschaft".) Americ. journal of obstetr a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 4, S. 617—639. 1913.

Den gewaltigen Einfluß, den die 1863 unter dem Einflusse der bahnbrechenden Arbeiten Marions Sims gegründete New Yorker geburtshilfliche Gesellschaft auf die Entwicklung der Geburtshilfe und späterhin der Gynaekologie in Amerika ausgeübt hat, wird von Goffe an der Hand kurzer Biographien ihrer Gründer und hervorragendsten Mitglieder geschildert. Wörtliche Zitate aus deren Arbeiten geben in lebendiger Form Zeugnis von dem wissenschaftlichen Geiste, der in der Gesellschaft herrscht, und ein anschauliches Bild von dem Einfluß, den sie auf die Entwicklung der Geburtshilfe und Gynaekologie nicht nur in Amerika, sondern da sie auch Männer wie Marion Sims, Emmet, Noeggerath zu ihren Mitgliedern zählte, unserer Wissenschaft überhaupt im Laufe der letzten 50 Jahre ausgeübt hat. Von den damaligen Gründern sind noch zwei, Emmet und Jacobi, am Leben. *Vaßmer* (Hannover).

Schwangerschaft:

Lynch, Frank W.: Blood pressure during pregnancy. (Der Blutdruck während der Schwangerschaft.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. **4**, S. 472 bis 479. 1913.

Bei früheren Blutdruckbestimmungen in der Schwangerschaft wurde im Mittel etwa 110—130 mm Hg festgestellt. Lynch selbst fand jedoch bei 100 Schwangeren aus der Privatpraxis mit dem Stantonschen Apparat nur einen mittleren systolischen Blutdruck von 104,6 mm Hg. Es wurden jedesmal 4 Bestimmungen während der Schwangerschaft vorgenommen. In den letzten zwei Monaten der Gravidität steigt der Blutdruck um etwa 10—15 mm Hg an und erreicht eine Woche vor der Entbindung sein Maximum. Dann nimmt er wieder etwas ab, um während des Partus (auch in der Wehenpause) von Neuem zu steigen. Bei Eklampsie fand L. im Gegensatz zu der allgemein angenommenen Blutdruckerhöhung dreimal normale Zahlen (90—110 mm Hg). Die Krankengeschichten dieser Fälle werden ausführlich mitgeteilt. Abnormal niedriger Blutdruck in der Schwangerschaft weist auf große Kollapsgefahr (auch ohne Blutung) unmittelbar nach der Entbindung hin. L. hat einen derartigen Fall erlebt, den er ausführlich berichtet. Niedriger Blutdruck (78 mm Hg) und Kollaps nach der Entbindung wiederholten sich bei der sonst ganz gesunden Frau in zwei nachfolgenden Schwangerschaften. *Lamers* (Amsterdam).

Richter, J., und J. Schwarz: Die Diagnose der Trächtigkeit bei Rind, Schaf und Ziege mittels des Dialysierverfahrens. (*Tierärztl. Hochsch., Dresden.*) Zeitschr. f. Tiermed. Bd. **17**, H. 10, S. 417—458. 1913.

Beschreibung der Grundlagen und der Methodik der Abderhaldenschen Untersuchungsmethoden. Vorversuche mittels Dialysiermethode an 20 Rindern. Hauptversuche mit verschärfter Methodik an 40 Rindern. (Die Biuretreaktion fiel stets negativ aus.) Versuche an 12 Schafen und Ziegen.

Der Nachweis von Placentaeiweiß abbauenden Abwehrfermenten gelingt beim Rinde von 6wöchentlicher Trächtigkeit an mit steigender Sicherheit, vom 4.—8. Trächtigkeitsmonat in 100% der Fälle, wird aber im 9. Monat wieder unsicherer. In den ersten 4 Wochen nach der Geburt ist die Reaktion ebenfalls positiv. Das Dialysierverfahren allein genügt nicht zur Diagnose der Gravidität. Positiver Ausfall hat aber praktischen Wert in den Fällen, wo eine Kuh zugelassen worden ist, die Brunst in der Folge ausbleibt, die klinische Untersuchung aber Zweifel darüber läßt, ob die Veränderungen am Uterus durch Gravidität oder pathologische Prozesse bedingt sind. Bei Verwendung arteigener Placenta erhält man mit der Ninhydrinreaktion gute Resultate. Bei Ver-

wendung artfremder Placenta sind die Resultate weniger deutlich. Bei Verwendung von Placenta materna des Rindes fielen die Reaktionen im allgemeinen deutlicher aus als mit Placenta foetalis; sie stimmten aber im übrigen stets völlig überein.

Hoffmann (Dresden).

Lindemann, Walther: Untersuchungen zur Lipoidchemie des Blutes bei Schwangerschaft, Amenorrhöe und Eklampsie. (Zugleich ein Beitrag zur Verdauungslipämie und zur Theorie der Schwangerschaftslipämie.) (*Kgl. Frauenklin., Halle a. S.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 819—845. 1913.

An der Hand einer verbesserten Methodik bestätigt Verf. den Befund von Hermann und Neumann, daß im Blute der Schwangeren außer den Neutralfetten auch das Cholesterin bzw. seine Fettsäureester vermehrt sind. Da durch reichliche Fettzufuhr eine deutliche Vermehrung des im Blute kreisenden Cholesterins leicht erreichbar ist, liegt es nahe, diese Erscheinung auf eine durch die vermehrte Nahrungsaufnahme bedingte Mastfettsucht zurückzuführen (v. Noorden). Diese Erklärung dürfte indessen nicht in allen Fällen ausreichen, da auch bei Amenorrhöe in der überwiegenden Menge der Fälle eine Vermehrung der Fettkörper im Blute statthat. Wie wir beim diabetischen Organismus in dem vermehrten Lipoidgehalt des Blutes einen Ausdruck gesteigerten Zellab- und -aufbaus zu sehen haben (Klemperer), so ist vielleicht die Lipoidämie der Graviden als Folge eines fötalen Reizes und als Nahrungsquelle für den Foetus anzusehen. Ob ein solcher Reiz direkt oder auf dem Wege über die Drüsen mit innerer Sekretion geht, muß vorläufig dahingestellt bleiben. In zwei Fällen von Adipositas bei normal menstruierenden Frauen wurde eine merkliche Erhöhung des Gesamtcholesteringehaltes im Blute konstatiert. Bei der Eklampsie ist der Gehalt des Blutes an Gesamtfett und an Cholesterin bedeutend geringer. als in der normalen Gravidität, das Lecithin hingegen meist vermehrt. Im ganzen prävalieren also bei der Eklampsie die Lipoide im Verhältnis zum Gesamtfett. Dieser Befund ist von Bedeutung im Hinblick auf die von mehreren Autoren festgestellte Tatsache, daß Serum von Eklamptischen stärker aktivierend auf die Kobrahämolyse wirkt, als Serum von normalen Schwangeren. *Schmitz* (Freiburg i. B.).

Fetzer, Max: Studien über den Stoffhaushalt in der Gravidität nach experimentellen Untersuchungen des Verhaltens trächtiger Tiere und ihrer Früchte bei eisenreicher und eisenarmer Ernährung. (*Univ.-Frauenklin., Königsberg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 542—578. 1913.

Bei Kaninchen, welche während der Gravidität reichlich Ferratin bekamen, wurde eine deutliche Eisenanreicherung des mütterlichen Organismus und der Föten beobachtet. Dagegen war der Eisengehalt der Föten verringert, wenn das Muttertier unter strenger Eisenkarenz gehalten wurde. Es erscheint demnach möglich, durch entsprechende Ernährung der Mutter auf Qualität und Quantität der Föten einen gewollten Einfluß auszuüben. Bei Tieren, die unter Eisenkarenz gehalten waren, sind zur Bildung der Föten mütterliche Eisenbestände angegriffen worden. Auf diese Weise kann die Mutter ein Defizit erleiden. Die Abgabe von Eisen aus den mütterlichen Beständen wird bei zunehmender Beanspruchung immer geringer, geht aber nur bis zu einer gewissen Grenze. Denn die für die Erhaltung der mütterlichen vitalen Funktionen notwendige Menge wird festgehalten. Bei trotzdem weitergehender Karenz wird an die Föten nichts mehr abgegeben, diese gehen dann intrauterin zugrunde. *Gins.*

Brickner, Samuel M.: The rôle of the glands of internal secretion in the genesis of fibroma molluscum gravidarum. (Die Rolle der innersekretorischen Drüsen in der Genese des Fibroma molluscum gravidarum.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 4, S. 402—408. 1913.

Das Krankheitsbild ist zum erstenmal vom Verf. im Jahre 1906 beschrieben worden. Es stimmt pathologisch und histologisch vollkommen mit dem Fibroma molluscum der Dermatologen überein; der klinische Verlauf jedoch und die Ätiologie sind ganz anders. Das Fibroma molluscum gravidarum tritt im 5.—6. Monat der

Schwangerschaft auf (niemals früher) und verschwindet meistens wieder im Puerperium (in 14 von den 19 beobachteten Fällen). Es ist, wie die Hypertrichosis in der Gravidität, immer auf einzelne Hautstellen beschränkt, wie am Halse, zwischen und unter den Brüsten und am Rücken bis zur unteren Grenze der Scapulae. Die Wucherungen sind immer multipel, meist 40—50 an Zahl, stecknadelkopf- bis klein erbsengroß, gestielt und mit spitzen Endigungen. Sie liegen nicht in einer bestimmten Anordnung zueinander. Der Stiel ist nie pigmentiert (2 photographische Bilder). Der histologische Befund wird genau beschrieben (eine Abbildung); das Bild zeigt am meisten Ähnlichkeit mit einem weichen Fibrom. In einer weiteren Schwangerschaft treten sie von neuem auf oder vermehren sich in der Zahl. Man findet sie niemals auf den Schleimhäuten. Verf. stellt das Wachstum und die Pigmentation dieser Wucherungen etwa analog denselben Vorgängen in den Montgomeryschen Follikeln der Brust, und glaubt dafür Hyperfunktion der Hypophyse, Hypofunktion der Ovarien und vermehrte Chromatinabgabe der Nebennieren an das Blut in der Schwangerschaft verantwortlich machen zu können. Der Arbeit ist zugefügt die bisher noch nicht beschriebene Beobachtung einer streifenförmigen Pigmentation der Fingernägel in der Schwangerschaft, welche nach Annahme des Verf. ebenfalls mit Änderungen in dem gegenseitigen Verhalten der innersekretorischen Organe in der Schwangerschaft im Zusammenhang steht (2 Abbildungen). *Lamers* (Amsterdam).

Flynn, E. H.: The diagnosis and treatment of extrauterine pregnancy. (Zur Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12**, Nr. 10, S. 535—537. 1913.

Im großen und ganzen hält sich Verf. bei der Besprechung der Diagnose an die übliche Symptomatologie. Bei der Erwähnung der atypischen Blutungen legt er einen gewissen diagnostischen Wert auf eine Art von gelatinöser Beschaffenheit des Blutes in der Vagina, welche er öfters beobachtet hat. Bei nicht rupturiertem Sacke ist er ein Anhänger der sofortigen Operation. Bei schon eingetretener Ruptur empfiehlt er bei konstanter Überwachung der Pat. mit der Operation zu warten, bis durch Ruhe und subcutane Kochsalzinfusionen alle Zeichen von Shock verschwunden sind und die Kranke sich in einem günstigerem Zustande befindet, um den operativen Eingriff zu überstehen. *Hall* (Graz).

Weiß et Senkert: Un cas de grossesses intra et extra-utérine combinées. (Ein Fall von kombinierter intra- und extrauteriner Schwangerschaft.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 7, S. 648—651. 1913.

Bertino, A.: L'acetone e l'urobilina nella gravidanza extrauterina ed in altri stati patologici dei genitali femminili. (Das Aceton und Urobilin bei extrauteriner Schwangerschaft und anderen Krankheiten der weiblichen Genitalien.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Sassari.*) Folia gynaecol. Bd. **8**, Nr. 2, S. 197—268. 1913.

Nach Besprechung der übrigen Methoden zur frühen Diagnose der Extrauterinschwangerschaft referiert Verf. die in der Literatur niedergelegten Ergebnisse bezüglich Vorkommens von Aceton und Urobilin im Urin bei extrauterin graviden Frauen mit ausführlicher Besprechung der Arbeiten von Baumgarten, Popper, Wechsberg, sowie der in der italienischen Literatur erschienenen. Bertino untersuchte 115 Frauen bezüglich des Vorkommens von Aceton und Urobilin im Urin, bei operierten Fällen sowohl vor als auch nach dem Eingriff. Zur Konstatierung des Acetons verwandte er die Methode nach Ricci. Das Urobilin wies er mit der Methode von Riva nach. Als Kontrollproben kamen die von Frommer resp. Huber in Anwendung. Von den 115 Fällen waren 44 Extrauteringraviditäten, die übrigen verschiedene Frauenleiden. Von letzteren (Ovarialcysten, Myomen, Tuberkulose, Endometritiden, malignen Neoplasmen, entzündlichen Adnextumoren) wurde nur in der Minderzahl Urobilinurie, noch seltener Acetonurie nachgewiesen, am ehesten noch bei Myomen und Eitertuben seltener bei Ovarialcysten, Endometritis, Tuberkulose, nie bei Hydrosalpingen, ab-

gesackten Eiterherden im Abdomen und Metritis. Die Acetonurie ist daher nicht für intraperitoneale Blutergüsse pathognostisch sondern kommt, wenn auch seltener, auch bei anderen Genitalleiden vor. Das gleiche gilt für die Urobilinurie. Besonders erwähnenswert ist die positive Acetonreaktion bei Pyosalpinx. Andrerseits war in den Fällen von Extrauteringravidität die Reaktion auch in solchen oft negativ, die von reichlichen und frischen Blutergüssen in das Abdomen begleitet waren. Die Acetonprobe war 20 mal positiv, 24 mal negativ, die Urobilinprobe 11 mal positiv, 18 mal negativ. In 15 Fällen wurde letztere nicht durchgeführt. Aceton- und Urobilinprobe sind bei derselben Frau nicht immer gleichlautend. Schon 24 Stunden nach dem Bluterguß in die Bauchhöhle kann Aceton und Urobilin im Harne auftreten. B. glaubt, daß zwischen der Acetonreaktion und intraperitonealen Blutergüssen zwar eine Beziehung besteht, daß die Erklärung hierfür jedoch nicht allein in der Resorption des ergossenen Blutes gesucht werden müsse. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Bei Extrauteringravidität findet sich Acetonurie häufiger als bei anderen Frauenkrankheiten und ist die Reaktion um so eher positiv, je größer und frischer der Bluterguß und je freier derselbe im Peritoneum liegt, während sie bei längerm Bestehen und Abkapselung der Hämatocele sowie Blutgerinnung eher negativ ausfällt. Die Ursache der positiven Reaktion liegt nicht allein im Bluterguß und der Zerstörung von fötalem Gewebe, sondern wird vom graviden Zustand überhaupt begünstigt und ist oft in allgemeinen Ernährungsstörungen des Körpers zu suchen. Für die Diagnose Extrauteringravidität bildet der positive wie der negative Acetonnachweis im Urin nur ein Wahrscheinlichkeitszeichen. Der Urobilinnachweis im Harn gelingt bei extrauteringraviden Frauen seltener als der Acetonnachweis, vielleicht wegen der kürzeren Dauer der Ausscheidung, dagegen finden wir Urobilin häufiger als Aceton bei anderen Frauenleiden. Die Urobilinausscheidung beruht auf Resorption des Farbstoffes des ergossenen Blutes und Umwandlung desselben in der Leber. Die Ursachen für Acetonurie und Urobilinurie sind nicht immer die gleichen, sondern verschiedener Art, daher auch der Ausfall der Reaktionen manchmal verschieden. *Nebesky.*

Quain, E. P.: Pregnancy in the rudimentary cornu of uterus unicornis and report of a case with full-term foetus. (Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus unicornis; Bericht über einen Fall mit ausgetragenem Kind.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 4, S. 427—432. 1913.

Kasuistischer Beitrag. *Engelhorn* (Erlangen).

McNerthney, I. B.: Ectopic pregnancy. (Extrauteringravidität.) Northwest med. Bd. **5**, Nr. 9, S. 259—261. 1913.

Pierson: Contribution à l'étude des grossesses tubaires. (Zur Kenntnis der Tubenschwangerschaft.) Thèse. Paris 1913.

Bonnet: Contribution à l'étude des grossesses intra-membraneuses. (Zur Kenntnis der interstitiellen Gravidität.) Thèse. Paris 1913.

Loeper: A propos des effets sédatifs du sucre dans les dyspepsies infantiles avec intolérance gastrique chez les nourrissons. Expériences analytiques confirmatives chez l'adulte. (Erfahrungen beim Erwachsenen, welche die beruhigende Wirkung des Zuckers bei Erbrechen der Säuglinge im Verlauf von Verdauungsstörungen bestätigen.) Clin. infant. Jg. **11**, Nr. 20, S. 609 bis 612. 1913.

Loeper hat entsprechend dem Vorgehen von Variot, der beim Erbrechen der Säuglinge der Milch 10% Zucker zufügte, bei Magengeschwüren Zuckerlösungen in Wasser, teils auch mit Fruchtsäften, gegeben und damit gute Erfolge in bezug auf Nachlassen der Schmerzen und des Erbrechens, sowie Gewichtszunahmen erzielt. Er empfiehlt entsprechende Versuche auch beim Erbrechen der Schwangeren anzustellen. *Rothe* (Breslau).

Anufrieff, A. A.: Herpes zoster in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. (*Gebäranst., Petersburg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Jg. **28**, H. 10, S. 1391 bis 1396. 1913. (Russisch.)

27 jährige IV. Kreißende. Seit $1^1/_2$ Monaten zum ersten Male Stechen in der Haut, Hitzegefühl und Exanthem oberhalb und links vom Nabel. Die Untersuchung ergab Pigmentierung

und kleine Narben, dunkelbraune Blasen in 2 Reihen gelagert. Diagnose: Herpes zoster bullosus, haemorrhagicus. Am 5. Tage post partum, Temperatur 39,7°, Schmerzen im linken Hypochondrium. Es entstand eine neue Reihe von Blasen im Verzweigungsgebiet der unteren Thorakalnerven. Auf Chinin allmählicher Fieberabfall.

Temperatursteigerungen im Wochenbett bei Herpes zoster müssen richtig gedeutet werden. Prognose meistens gut. Die Ätiologie des Herpes zoster ist noch nicht ganz klar. Die Sektion hat in solchen Fällen die Erkrankung der Interspinalganglien festgestellt: Hyperämie, Bindegewebsentwicklung. Es ist aber auch eine periphere Neuritis möglich. Im Wochenbett und während der Schwangerschaft kommt Herpes zoster seltener als andere Dermatosen vor, doch ist der Zusammenhang der beiden nicht zu leugnen. *Ginsburg* (Breslau).

Vanderhoof, Don A.: Ascending diphtheria complicating pregnancy. (Aufsteigende Diphtherie bei Schwangerschaft.) Lancet-clin. Bd. **110,** Nr. **14,** S. 350—351. 1913.

Diphtherie des Pharynx und Larynx bei einer Gravida mens. IV. Exitus trotz Serumbehandlung ohne Eintritt des Abortes. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Raspini, M.: Tubercolosi laringea e gravidanza. (Larynxtuberkulose und Schwangerschaft.) (*R. clin. ostetr.-ginecol., Firenze.*) Ginecologia Jg. **10,** Nr. **9,** S. 249—304. 1913.

Es werden 14 Fälle von Larynxtuberkulose bei Schwangerschaft, unter ausführlicher Wiedergabe der Krankengeschichten, mitgeteilt. Aus diesen geht hervor, daß die Schwangerschaft jedesmal einen verschlimmernden Einfluß auf die Larynxtuberkulose ausübte, zumal deshalb, weil letztere stets mit einer Lungenphthise kompliziert war. Unter 14 Frauen gingen 8 schon im Wochenbett, von 11 lebensfähigen Kindern 10 kurze Zeit nach der Geburt zugrunde. Nur 2 mal wurde die Schwangerschaft ausgetragen, 4 mal erfolgte spontan die Frühgeburt, 5 mal wurde die künstliche Frühgeburt, 3 mal der künstliche Abortus eingeleitet.

Bezüglich der Therapie wird folgendes empfohlen: Regelmäßige Unterbrechung der Schwangerschaft in den ersten 5 Monaten, später nur in Ausnahmefällen. Bei der Indikationsstellung soll man stets die in der Regel auch vorhandene Lungenphthise berücksichtigen. Von der Beobachtung ausgehend, daß bei zwei der vorliegenden Fälle nach einer Tracheotomie (wegen drohender Asphyxie ausgeführt) die Kehlkopfaffektion eine erhebliche und dauernde Besserung erfahren hatte, stellt Verf. die Frage, ob eine solche Operation, prophylaktisch und schon in den ersten Monaten der Gravidität nicht zu versuchen wäre. Bei der Behandlung der Lungen- und Larynxtuberkulose soll sich stets der Geburtshelfer mit einem Internisten, ev. mit einem Spezialarzt für Halserkrankungen beraten. *Colombino* (Mailand).

Rübsamen, W.: Zur Behandlung der Pyelitis gravidarum mittels Nierenbeckenspülungen. (*Frauenklin., Dresden.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. **4,** H. **4,** S. 170 bis 172. **1913.**

Über die Therapie der Pyelitis und Pyelonephritis der Schwangern besteht noch keine Einigkeit. Bei leichten Fällen genügt Bettruhe, Trinken harntreibender Wässer, örtliche Wärme usw. In schweren Fällen bieten Nierenbeckenspülungen nach Ureterenkatheterismus ein ausgezeichnetes Mittel.

Es wurden in der letzten Zeit 3 Fälle behandelt und bei 2 Fällen auch bakteriologische Heilung erzielt. Es handelte sich in allen Fällen um einseitige Erkrankung, 2 mal Koliinfektion, 1 mal um Infektion mit Koli und Diplokokken, und eine Stauung im Ureterennierenbeckengebiet von 20, 40 und 110 cbm trüben Urins. Die Injektionen wurden in beide Nieren mit je 10 cbm 5 proz. Protargollösung gemacht und zwar im Gegensatz zu anderen Autoren gleich bei der ersten Einführung der Ureterenkatheter, um einer Infektion der gesunden Seite vorzubeugen. Gleichzeitig und nachher wurden Blasenspülungen gemacht. *Mertens.*

Pouliot, Léon: Le traitement de la syphilis par le salvarsan pendant la grossesse. (Die Behandlung der Syphilis in der Schwangerschaft mit Salvarsan.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 11, S. 223—226. 1913.

In der Schwangerschaft sind die syphilitischen Erscheinungen hartnäckiger, die malignen Sekundärformen häufiger, die Haut- und Schleimhauteruptionen neigen mehr zur hypertrophischen Form, gelangen aber unter Salvarsanbehandlung schnell zur Abheilung. Primäre Reaktion, bestehend in Zunahme der Efflorescenzen, Plaques,

Roseolen ist häufig. Trotzdem erfolgt schnelle Abheilung, bei Schanker meist in 4—5 Tagen, die Drüsenschwellungen sind hartnäckiger. Rezidive erfolgen aber häufig, zum Teil sogar recht schnell. Auch auf die Frucht ist der Einfluß des Salvarsans sehr günstig. Von 91 behandelten Frauen gebaren 84 lebende und lebensfähige Kinder. Von diesen zeigten aber etwa die Hälfte später Symptome der hereditären Lues. Die Spirochäten des Plaques muqueuses gehen nach der Salvarsaninjektion sehr schnell, in 24—48 Stunden, zugrunde. Die Wassermannreaktion wird oft „reaktiviert" oder zunächst stärker positiv, um allmählich negativ zu werden. Die Gefahr der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft wird durch Salvarsanbehandlung bedeutend verringert, mehr als durch Hg-Behandlung. Nebenerscheinungen der Salvarsanbehandlung: Fieber (38—39°), Kopfschmerzen, Erbrechen, Diarrhöen, Erytheme. 2 Fälle von Exitus: Koma, cerebrale Hämorrhagie. Die Ausscheidung des Arsen ist bei schwangeren Frauen, auch bei scheinbar gesunder Leber und Nieren, verlangsamt, die Empfindlichkeit daher eine erhöhte. Kontraindikationen gegen die Salvarsanbehandlung sind: Graviditätstoxämie, jede Insuffizienz der Leber und der Nieren, Cholecystitis, Eiterungen der Harnwege, Herzleiden und vor allem jede, wenn auch leichte, Albuminurie. In diesen Fällen muß zur Hg-Behandlung gegriffen werden, die auch befriedigende Resultate ergibt, wenn auch bei florider Lues und frischen Erscheinungen nicht so schnelle Heilung und weniger günstige Erfolge für die Frucht. Neo-Salvarsan scheint vor 606 keine Vorzüge zu besitzen und gefährlicher zu sein. Die Technik ist die gewöhnliche, intravenöse. Dosis 0,3—0,4 pro injektione, 4—6 Behandlungen in wöchentlichen Zwischenräumen, nur bei sehr schweren Fällen schneller aufeinander. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Kuklinski, St.: Beitrag zur Lehre von der Ovariotomie in der Schwangerschaft. Dissertation. Berlin 1913.

Lewin, A.: Die Bedeutung der Myome während der Gravidität und Geburt. Dissertation. Berlin 1913.

Souttar, H. S.: Calcified ovarian fibroma obstructing labour. (Verkalktes Ovarial-Fibrom als Geburtshemmnis.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 9, obstetr. a. gynaecol. sect., S. 335—339. 1913.

Bei vaginaler Untersuchung fühlt der Tumor sich an, wie eine Masse zerbrochenen Glases. Verf. hebt den Fall hervor, da durch ihn zur Entwicklung des Kindes der Kaiserschnitt nötig wurde. Die Geschwulst wurde erst in zweiter Sitzung entfernt. Der Tumor war ringsum verwachsen und durch engen Stiel mit dem rechten Ovarium verbunden. Zum Schluß pathologisch-anatomischer Bericht, laut welchem der Tumor 18 : 9,5 : 9,5 cm mißt und 4 Pfund 8 Unzen wiegt. *Hesse* (Greifswald).

Geburt:

Metzger: L'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique, ses indications et ses contre-indications. (Die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe, ihre Indikationen und Contraindikationen.) Paris méd. Jg. **1912/13**, Nr. 48, S. 509—513. 1913.

Beim Versuch hiermit Abort einzuleiten, hatte Autor keinen Erfolg; gute Erfolge dagegen sub partu zur Verstärkung der Wehen; der Eintritt des Kopfes ins enge Becken wurde ganz auffällig begünstigt und beschleunigt; in 12 Fällen mehr weniger ausgesprochene Versager; im ganzen bei 62 Fällen angewandt. Das Kind kann gelegentlich asphyktisch werden; Dehnung des Uterus und drohende Uterusruptur sind strenge Kontraindikationen. *Hannes.*

Esch, P.: Über den Einfluß des platten Beckens auf die Geburt in normaler Schädellage. (*Univ.-Frauenklin., Marburg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 920—941. 1913.

Verf. stellt die aus der Literatur und in der Marburger Klinik gemachten Beobachtungen — im ganzen 4167 normale Schädellagen mit einer Conjugata vera zwischen 6,5 und 10 cm — zu einer genauen Statistik zusammen. Aus der von ihm gegebenen Zusammenfassung sei folgendes hervorgehoben: Der Einfluß des platten Beckens auf den Geburtsverlauf in normaler Schädellage macht sich bei Erst- und Mehrgebärenden in nahezu gleicher Stärke geltend. Die günstigeren Aussichten der Kinder bei Mehrgebärenden bis zu einer Vera von 9,25 werden durch den geringeren Widerstand der Weichteile erklärt. Die geringe Verschiebung zugunsten der Erst-

gebärenden bei den stärkeren Graden der Verengerung ist wahrscheinlich nur durch das Zusammennehmen der Zweit-, Dritt- und Viel-Gebärenden unter dem Sammelbegriff „Mehrgebärende" zu erklären. Anscheinend liegen die Verhältnisse für das spontane Eintreten des Kopfes nur bei den Vielgebärenden ungünstiger. Von 4167 beobachteten Fällen passierten 3647 (87%) spontan den Beckeneingang und kamen lebend zur Welt, und zwar bei einer Conjugata vera von 9,8 cm: 96,2%, 9,05 cm: 91,1%, 8,05 cm: 74,7%, 7,0 cm: 14,9%. Verf. hat aus diesen Zahlen eine sehr instruktive Kurve berechnet, die es ermöglicht, die Prognose einer Geburt in normaler Schädellage für jeden Grad der Beckenenge abzulesen, und als Unterlage für die therapeutischen Entschlüsse dienen kann. Sie wird für Unterrichtszwecke besonders empfohlen. Alle Einzelheiten müssen im Original eingesehen werden. Genaue Tabellen als Anhang. *Bleek* (Bielefeld).

Commandeur: Bassin vicié par ankylose des deux hanches. (Beckenverengerung, bedingt durch doppelseitige Hüftgelenksankylose.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 2, S. 90—95. 1913.

25jähr., I-Para, rechtzeitige Spontangeburt eines 2850 g schweren Kindes. Pat. ist Brustkind, konnte mit 12 Monaten gehen und ging bis zum 4. Jahre ohne Störung. Mit 4 Jahren Fall mit maximal gespreizten Beinen. Von da ab Hinken. Mit 8 Jahren in Paris offenbar mit Streckverbänden, mit 12 Jahren mit Gipsverbänden behandelt. Nach 18 monatiger Behandlung bricht Pat. bei den ersten Gehversuchen den linken Oberschenkel. Trotz dieser Behandlungen dauerndes Hinken. Befund: Conj. diagon. 11,5 cm. Die linke Beckenhälfte stark kreisförmig ausgebuchtet, die rechte abgeflacht, der Beckeneingang dadurch stark unsymmetrisch. Beschreibung des äußeren Befundes. Beide Hüftgelenke vollkommen ankylosiert. Der rechte Trochanter steht 2 cm, der linke 7 cm über der Roser - Nélatonschen Linie. Röntgenbefund: Rechts vollkommene Ankylose bei normalem Volumen des Femur, links Coxa vara, der Schenkelhals ist verschwunden, der Knochen atrophisch. Spontangeburt in I HHL. Der Kopf macht seine innere Drehung mit maximal gesenkter und in der Führungslinie stehender kleiner Fontanelle, wie bei allgemein verengtem Becken. Resumé: Trotz der doppelseitigen Ankylose fand sich nur eine Beckendeformität, wie wir sie bei einseitiger Coxalgie zu sehen pflegen. *Hauser* (Rostock).

Becker, K.: Ein beiderseitig ankylotisches Robertsches Becken. (*Kgl. Frauenklin., Göttingen.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 5, S. 517-523. 1913.

20jährige Primipara, in der 33. Schwangerschaftswoche durch Sectio caesarea classica entbunden. Frucht mazeriert mit typisch luetischen Knochenveränderungen. Indikation des Kaiserschnitts: Hochgradig querverengtes Becken; Darmbeine stehen fast senkrecht, Kreuzbein flach und schmal, von den deutlich vorspringenden Spinae iliacae post. sup. fast überdeckt. Beckenmaße (in Klammer die des Robertschen Originals): Dist. spin. ant. sup.: 18,0 (19,0); Dist. crist. 21,5 (22,3); Dist. trochant. 24,5 (—); Conj. ext. 19,0 (19,0); Dist. spin. post. 3,0 (4,0); Dist. tub. isch. 3,0—3,5 außen, 4,4 in der Vagina (4,7); Querdurchmesser des Beckeneingangs 6,0 (7,2); gerader Durchmesser des Beckeneingangs 9,5—10,0 (9,9); Querdurchmesser des Beckenausgangs 4,4 (4,7); gerader Durchmesser des Beckenausgangs 14,0 (14,2). Ätiologie wahrscheinlich eine in den ersten Lebensjahren durchgemachte Ostitis irgendwelcher Provenienz (Rachitis?), die zu Synostose der Ileosakralgelenke geführt hat. *Hoffmann* (Dresden).

Kopeliowitsch, S.: Beitrag zur Pathologie der Gesichts- und Stirnlagen. Dissertation. Berlin 1913.

Naeke, W.: Drei Fälle von hohem Gradstand. (Zwei davon in Positio occip. pubica. einer in Positio occip. sacralis.) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 579—582. 1913.

3 Fälle, die den interessanten Geburtsmechanismus beleuchten, bei dem Rücken nach vorn (oder hinten), Pfeilnaht grade, Hinterhaupt über der Symphyse (oder Promontorium) liegend das Kind in das Becken eintritt. Im ersten Falle handelt es sich um einen abnorm großen, harten Kopf mit verlängertem Hinterhaupt bei Hydramnios, der durch Operation (Cranioclasma) rasch beendet wird, desgleichen wird der dritte Fall (Positio occipit. sacralis) wegen Meconiumabgangs und Kontraktionsring sofort nach der Diagnose durch die Zange, die die Pfeilnaht in den schrägen Durchmesser zwingt und das Gesicht schließlich unter der Symphyse vorbringt, erledigt. Am lehrreichsten ist der zweite Fall, eine 30jährige I-Para. Er ist notiert: Kopf im Beckeneingang, Pfeilnaht gerade, große Fontenelle vorn, kleine nicht zu erreichen. Allmählich tritt spontan die große Fontanelle tiefer, die kleine Fontanelle wird erreichbar und hat sich nach rechts gedreht. Die Pfeilnaht steht etwas schräg. Leider muß schließlich auch dieser Fall endlich wegen Wehenschwäche durch Zange beendet werden. Die Ursache für die abnorme Einstellung des Kopfes war ein stark quer verengtes Becken. *Krebs* (Breslau).

Lessing, H.: Beitrag zur Lehre von der Placenta praevia. Dissertation. Berlin 1913.

Dubrowinsky, Sch. L.: Zur Behandlung der Placenta praevia. Dissertation. Berlin 1913.

Solowij, A.: Über eine seltene Ursache der spontanen Zerreißung der Gebärmutter während der Entbindung. (*Geburtsh.-gynaekol. Abt. d. allg. Landeskrankenh., Lemberg.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. **44**, S. 1623—1626. 1913.

Eine durch gonorrhoische Adnexitis entstandene fixierte Rückwärtslagerung der Gebärmutter konnte trotz Massage und Pessarbehandlung nicht ganz beseitigt werden. Bei der ersten Schwangerschaft wurde schon im 2. Monat ein Divertikel der Hinterwand festgestellt. Die Entbindung verlief nach Herunterholen des Fußes — Steißlage — glatt. Bei der 2. Entbindung kam es zu keiner Divertikelbildung, aber zu einer spontanen Gebärmutterzerreißung, die erst 45 Minuten nach der spontanen Geburt des Kindes aus dem schlechter werdenden Puls diagnostiziert wurde. Durch sofortige Laparotomie wurde schräger Riß der vorderen Wand und starke Verwachsungen der Hinterwand mit Kolon und Mesokolon festgestellt, deren Lösung große Schwierigkeiten machte. Supravaginale Amputation. Exitus $^{1}/_{2}$ Stunde nach der Operation. Verf. glaubt, daß die starken Verwachsungen der Hinterwand eine Überdehnung der Vorderwand verursacht haben, so daß es zum Riß kam, obwohl die 2. Geburtsperiode nur 2 Stunden dauerte. Die Steißlage der Frucht während beider Entbindungen ist nach seiner Vermutung veranlaßt durch die infolge der Verwachsungen für den Kopf ungenügenden Raumverhältnisse des unteren Uterinsegments. Der ungünstige Ausgang des Falles mahnt, die durch Gonorrhöe hervorgerufenen starken Verwachsungen der Gebärmutter nicht zu leicht zu nehmen. *Bleek* (Bielefeld).

Vercesi, Carlo: Sulla rottura della sinfisi pubica in travaglio di parto. (Symphysenruptur intra partum.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Pavia.*) Ginecologia Jg. **10**, Nr. 8, S. 217—230. 1913.

29jährige I-Para, welche Rachitis und akuten Gelenkrheumatismus durchgemacht hat. Gegen Anfang des 9. Monats Auftreten von Gehstörungen und Spannungsgefühl in der Symphysengegend. Letztere zeigt sich bei einer 3 Tage vor der Entbindung vorgenommenen Untersuchung etwas geschwollen und stark druckempfindlich. Plattes Becken. Conj. vera 9 cm, kleines Kind. Gesichtslage, vergeblicher Zangenversuch, darauf Perforation. Bei den mit dem Forceps am perforierten und schon verkleinerten Schädel ausgeführten nichtstarken Traktionen, Sprengung der Symphyse. Die Nachuntersuchung ergibt eine 4 cm breite Diastase der Schambeine. Fixierung des Beckenringes mit einem zirkulären, elastischen Verband. Nach 20 Tagen Gehfähigkeit wiederhergestellt, nach 7 Monaten solider bindegewebiger Callus, die Diastase beträgt 1,5 cm, keine Beschwerden. Als das wichtigste Moment in der Entstehung der Symphysenruptur wird im vorliegenden Fall eine durch die Schwangerschaft bedingte Erweichung und Erschlaffung des Bandapparates angesehen. *Colombino.*

Essen-Möller, Elis: L'hémorragie rétro-placentaire. (Die retroplacentare Blutung.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2**, Nr. 10, S. 145—169. 1913.

Auf Grund von 29 selbst beobachteten Fällen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: Vom ätiologischen Standpunkt existieren 2 Formen der retroplacentaren Blutung, 1. durch Trauma bedingt, 2. durch Intoxikation derselben Art, wie sie Albuminurie und eklamptische Zustände hervorruft. Die entzündlichen Veränderungen und Degenerationen, die man mitunter in der Placenta, Decidua oder Uteruswand beobachtet hat, sind nicht spezifisch für die retroplacentare Blutung. Die profusen Hämorrhagien des Uterus (uteroplacentare Apoplexie, Couvelaire) sind wahrscheinlich charakteristisch für die „eklamptische" Form der retroplacentaren Blutung. Es ist möglich, die mütterliche Sterblichkeit durch geeignete Behandlung beträchtlich herabzusetzen. Die klassische geburtshilfliche Therapie (per vias naturales, nicht chirurgisch) muß in erster Linie angewandt werden. Die Tamponade der Vagina kann in manchen Fällen von Wert sein. Der Wert des Eihautstichs kann nur durch Erprobung im einzelnen Fall gewürdigt werden. Oft genügt dieser Eingriff, widrigenfalls bildet er kein Hindernis für die Anwendung anderer Mittel. Ausnahmsweise in schweren Fällen, bei ungenügender Erweiterung des Collum, ist die Sectio caesarea das sicherste und rascheste Mittel zur Vermeidung von Gefahr. Uterusexstirpation ist nicht statthaft, ausgenommen die Fälle mit fehlender Uteruskontraktion und andauernder Blutung nach Entleerung desselben. *Schiffmann* (Wien).

Bué, V.: Un cas d'hémorrhagie rétro-placentaire à marche insidieuse. (Fall von nichterkannter retroplacentarer Blutung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 7, S. 646. 1913.

Retroplacentares Hämatom, das den Tod des Kindes (m. VIII) zur Folge hatte und bei der Mutter unter der Geburt eine mäßige Blutung hervorrief, ihren Allgemeinzustand jedoch nicht beeinflußte. Nephritis kam als Ursache nicht in Betracht. *Holste* (Stettin).

McVea, Chas.: The cases of eclampsia that I have seen. (Die von mir beobachteten Fälle von Eklampsie.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66,** Nr. 4, S. 293—300. 1913.

Verf. hat innerhalb 20 Jahren 17 Fälle von Eklampsie behandelt. Er macht sich zur Regel, den Urin einer jeden von ihm behandelten Graviden einmal wöchentlich zu untersuchen. Ist Albumen nachweisbar, so verordnet er eine entsprechende Diät (Milch, Kohlehydrate, Obst und reichlich Wasser, zeitweise Kalomel und öfters salinische Abführmittel). Bei drohendem Anfall (plötzlich auftretende Kopfschmerzen, Sehstörungen, nervöses Zucken der Augenlider oder Hände, Unruhe, Schwindel, ängstlicher Blick, dilatierte Pupillen, Strabismus) empfiehlt er Kalomel in Verbindung mit Phenophthalein und Rhabarber. Nach Auftreten der Anfälle gibt er Magnesiumsulfat, ev. mit dem Magenschlauch, bei Pulsbeschleunigung Veratrum subcutan; daneben Zufuhr von Wärme zur Anregung der Hauttätigkeit, große Gaben von Brom und Salzwasserinfusionen subcutan und rectal. Morphium, Chloroform und Äther verwirft er außer als Behelf bei der Entbindung; Aderlaß wendet er nur bei außergewöhnlich vollblütigen Menschen an. Verf. ist unbedingter Anhänger der möglichst schnellen Entleerung des Uterus, und zwar wenn nötig durch manuelle Dilatation und Wendung; die Sectio abdominalis oder vaginalis sei weniger empfehlenswert. Von den vom Verf. nach seinen Prinzipien behandelten 17 Fällen sind alle Mütter am Leben geblieben; nur ein Kind ist gestorben. *Hall* (Graz).

Engelmann, F.: Die Behandlung der Eklampsie mittels Infusionen von Ringerscher Lösung. Kurze Bemerkung zu der Arbeit von R. Freund: Über Schwangerschaftstoxikosen (Dermatosen, Hyperemesis, Eklampsie) und ihre Behandlung mit Serum und Ringerscher Lösung. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 43, S. 1585 bis 1587. 1913.

Im Gegensatz zu Freund, dem bei Eklampsie der Injektionseffekt von Ringerscher Lösung zweifelhaft erscheint, wird in der Dortmunder Frauenklinik seit 7 Jahren mit gutem Erfolg ausgedehnter Gebrauch von Infusion mit genannter Flüssigkeit bei Behandlung der Eklampsie gemacht. Auch Aderlaß wird günstig damit kombiniert. Die Wirkungsweise der Infusion dürfte, wie auch Freund annimmt, auf chemisch-physikalischem Wege zu erklären sein, nämlich in der Beeinflussung „reversibler", d. h. leicht rückgängig zu machender Zustandsänderungen des Blutes durch Behandlung mit Salzlösungen. *Dorn* (Kempten).

Croom, Sir J. Halliday: Pseudo-eclampsia, with two illustrative cases: 1. cerebral tumour; 2. meningitis. (Pseudoeklampsie, mit zwei erläuternden Fällen: 1. Hirntumor; 2. Meningitis.) Transact. of the Edinburgh ostetr. soc. Bd. **38,** S. 46—49. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **2,** S. 135.

Euzière, J., et F. Bonnet: L'hémorragie méningée chez la parturiente. (Über meningeale Blutung bei Gebärenden.) Gaz. des hôp. Jg. **86,** Nr. 117, S. 1821 bis 1822. 1913.

20jährige Erstgebärende, niemals krank gewesen, abgesehen von zweimaliger Gelbsucht, die letzte 4 Wochen vor der Konzeption, sie begann mit heftigen Kopfschmerzen. Gegen Ende der Gravidität leichte Albuminurie. In der Nacht Wehenbeginn; vorzeitiger Blasensprung. Nächsten Morgen Erbrechen, das sich bei jeder Wehe wieder einstellt; keine Übelkeit. Nachmittags um 2 Uhr Zange, Kind lebt, wiegt 2995 g. Placenta spontan. Die Mutter befindet sich in halbkomatösem Zustand. Am nächsten Tag unbestimmte Klagen über Kopfschmerzen; nach $2^1/_2$ Tagen Nackensteifigkeit; Fieber bis 39,2. Keinerlei Lähmungen, keine Veränderungen an der Pupille. Blutentnahme blieb ohne Erfolg. Am 8. Tage Lumbalpunktion, ergibt blutigen Liquor, der unter hohem Druck steht. Im Spektrum zeigt sich, daß es sich um Blutfarbstoff handelt. Allmähliche Besserung des Befindens bis zum 14. Tage post partum. Da verändert Patientin plötzlich während eines Gespräches ihr Aussehen; sie hört noch alle Worte, aber versteht sie nicht mehr. Nach einigen Minuten ist diese Worttaubheit behoben. Heilung. In diesem Falle hat offenbar eine Prädisposition der Meningen zusammen mit einer gewissen Schwangerschaftstoxämie und der arteriellen Blutdrucksteigerung während der Wehen die Blutung verursacht. *Zweifel* (Jena).

Schmid, Hans Hermann: Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens durch Promontoriumresektion. (*Dtsch. geburtsh. Klin., Prag.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 44, S. 1615—1623. 1913.

23jährige Drittgebärende, bei welcher die erste Geburt durch atypischen Forceps mit totem Kinde beendigt worden war. Bei der zweiten Geburt Sectio caesarea aus relativer Indikation, da der Geburtsverlauf eine spontane Geburt nicht erwarten ließ. In der dritten Schwangerschaft Promontoriumsresektion im vierten Schwangerschaftsmonat ohne Unterbrechung der Gravidität. Danach Geburt eines reifen, lebenden Kindes zwar nicht spontan, aber per vias naturales. (Wendung und Extraktion wegen Querlage und Nabelschnurvorfalles.)

Damit ist der Beweis erbracht, daß die von Rotter und dem Autor angegebene Operation eine dauernde Erweiterung des engen Beckens schafft und die Geburt eines lebenden Kindes per vias naturales ermöglicht. Außerdem ist der Einwand, daß Callusbildung das Resultat beeinträchtigen könne, widerlegt. Auch das Bedenken Grossers, daß nach Durchtrennung des Lig. longitudinale anterius beim Aufstehen der Operierten oder bei Überstreckung der Wirbelsäule die Gefahr einer Kontinuitätstrennung der letzteren an der geschwächten Stelle bestehe, hat sich als nicht gerechtfertigt erwiesen. Den von Gerstenberg gegen die Operation erhobenen Vorwurf, daß die neue Conjugata, d. i. die kürzeste Verbindung zwischen Symphyse und unterem Rande der Resektionsfläche, immer noch zu kurz sei, widerlegt der Autor dahin, daß infolge der Neigung der Symphyse hier ohnedies ein Ausweg für das durchtretende Kind an der vorderen Zirkumferenz des Beckens bestehe. Auf den Einwand Gerstenbergs, daß Becken mit doppeltem Promontorium für die Methode ungeeignet seien, erwidert er, daß man in solchen Fällen nur das zweite Promontorium abmeißeln müsse. Man soll die Operation nicht bei einer Conjugata vera unter 7 cm vornehmen. Meist wird der Eingriff im Anschluß an die ohnehin notwendige Sectio caesarea ausgeführt. Anschließend eine Schilderung von 7 anderen in dieser Weise operierten Fällen mit einem Todesfall, der genauen Technik der Operation, sowie einer postoperativen Störung (Ischias). *Moraller* (Berlin).

Hirst, Barton Cooke: The modern extraperitoneal caesarean section with a description of the best technique for its performance. (Der moderne extraperitoneale Kaiserschnitt mit einer Beschreibung der besten Technik bei seiner Ausführung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 4, S. 504—506. 1913.

Warme Empfehlung des extraperitonealen Kaiserschnittes auf Grund von 9 für Mutter und Kind glücklich verlaufener Fälle. Während Verf. in den ersten 6 Fällen je 3 nach Frank-Bumm und Sellheim operierte, hat er nur in den letzten 3 Fällen die Veit-Frommesche Methode angewandt aber mit der vom Verf. als beste Methode bezeichneten Modifikation, daß unter Verzicht auf rein extraperitoneales Operieren nach Incision der Parietalserosa und der Serosa des unteren Uterinsegmentes in Längsrichtung diese beiden Blätter auf jeder Seite sofort wieder und in der gleichen Richtung vernäht werden, dann das Kind durch Incision des unteren Uterinsegmentes entwickelt und nach Naht der Uteruswunde mit 2reihiger Catgutnaht auch die, jetzt aus je 2 Serosablättern bestehende Peritonealincision über der Uteruswunde geschlossen wird. *Vaßmer* (Hannover).

Finkelkraut, M.: Über extraperitonealen Kaiserschnitt. Dissertation. Berlin 1913.

Wochenbett:

Knapp, Ludwig: Klinische Untersuchungen zur Beurteilung des Spätwochenbettes, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses des „Frühaufstehens“. (*Landesfindelanst., Prag.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 3, S. 540—600. 1913.

Verf. hat ein Material von 100 Fällen von Wöchnerinnen, sämtlich stillende, durch das ganze Wochenbett hindurch in regelmäßigen Zeitintervallen bis zur vollständig erfolgten Rückbildung der Gebärmutter, im allgemeinen von der 1. bis zur 6. Woche, einzelne Wöchnerinnen auch über diesen Zeitraum hinaus, systematisch untersucht und diese Untersuchungen, deren Befunde in zahlreichen Tabellen übersichtlich zusammengestellt sind, hauptsächlich bezüglich der Frage der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter verwertet, dabei aber auch noch andere wichtige Fragen des Wochenbetts berücksichtigt. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen.

Retrodeviationen des Uterus können während des Wochenbetts bei systematisch wiederholten Untersuchungen häufiger festgestellt werden, als im allgemeinen auf

Grund nur zufälliger derartiger Befunde angenommen wird. Hierbei überwiegen die I-Parae und Spätaufgestandenen. In etwa der Hälfte der Fälle findet sich dieser Zustand bereits nach der 2. Woche post partum. Selbstaufrichtung der Gebärmutter kann in rund einem Drittel der Fälle beobachtet werden. Verzögerte Rückbildung der Gebärmutter begünstigt die Entstehung von Rückwärtslagerungen des Uterus, dagegen trifft eine Umkehrung dieses Satzes im allgemeinen nicht zu, wie man auch Hyperinvolution bei derartigen Lageanomalien der Gebärmutter findet. Eine Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter im Wochenbett kann lange Zeit beschwerdefrei bleiben und unter Umständen von selbst wieder verschwinden. Deshalb empfiehlt es sich, darauf gerichtete Untersuchungen gelegentlich von Zeit zu Zeit und Fall zu Fall vorzunehmen. Längere Zeit eingehaltene Bettruhe verzögert die Rückbildung der Gebärmutter und begünstigt dadurch Rückwärtslagerungen derselben. Die Involution des Uterus erfolgt bei I-Parae und Frühaufstehenden im allgemeinen gleichmäßiger und schneller. Die Annahme, daß längerdauernde Subinvolution sich häufiger bei Spätaufgestandenen, zumal nach wiederholten Geburten findet, trifft nach Verf. Erfahrungen für die erstere Kategorie der Fälle nicht zu. Infolge der rascheren Rückbildung der Gebärmutter nach der ersten Geburt und bei Frühaufstehen der Wöchnerinnen ist in solchen Fällen eine zu schnell bzw. zu weitgehende Involution (Hyperinvolution) des Uterus eher zu erwarten, zumal bei Stillenden. In allen Fällen beansprucht das Verhalten des Lochialsekretes besondere Beachtung. Die Gewichtsverhältnisse sind bei Früh- und Spätaufgestandenen annähernd gleich. Diastasen der Bauchwand finden sich bei fast sämtlichen Wöchnerinnen, wobei sich ein nennenswerter Unterschied bezüglich des Spät- oder Frühaufstehens nicht ergibt. Dem Verhalten der Inguinaldrüsen und der zugehörigen Lymphstränge wurde besondere Beachtung geschenkt, und es konnte häufig schon während der Schwangerschaft eine deutliche Vergrößerung der Leistendrüsen und Schwellung der entsprechenden Lymphstränge festgestellt werden. Ein wesentlicher Unterschied im Verhalten des sympathischen Lymphdrüsenapparates in bezug auf eine Sonderung der Erst- und Mehrgebärenden, Früh- und Spätaufgestandenen ließ sich nicht feststellen. Verf. gibt in seiner Arbeit noch eine Zusammenstellung der Erfahrungen zahlreicher anderer Autoren hinsichtlich des Frühaufstehens. *Eisenbach* (Tübingen).

Brommer: Über die Behandlung der Bauchdecken und des muskulären Beckenbodens bei Wöchnerinnen mittels des Bergoniéschen Verfahrens. (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 42, S. 2325—2326. 1913.

Verf. berichtet über gute Erfolge mit dem modifizierten Bergoniéverfahren. Wirksame Unterstützung der Rückbildung der Bauchdecken bei Wöchnerinnen, Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur, Stuhlgang fördernde Wirkung, Steigerung der Stoffwechselvorgänge und des Appetits. *Harm* (Dortmund).

Beeson, H. O.: Milk. (Milch.) Denver med. times Bd. **33**, Nr. 4, S. 127—131. 1913.

Verf. vergleicht die Zusammensetzung der Milch der Frau und verschiedener Tierarten und spricht sein Erstaunen darüber aus, daß man wohl versucht hat, den verschiedenen Fett-, Casein- und Milchzuckergehalt auszugleichen, nicht aber den so sehr verschiedenen Gehalt an Salzen. Er gibt diesem die Schuld an vielen Verdauungsstörungen. Nach Bunges Untersuchungen hat Frauenmilch 2,3, Stutenmilch 8,3, Ziegenmilch 10,4, Schafmilch 10,9, Hundemilch 13,5 pro Mille Aschenrückstände. Besonders groß ist der Gehalt an Mineralsalzen bei den Fleischfressern. Er führt als Beispiel für die Wichtigkeit auch geringer Veränderungen der Mineralsalze das Kalomel an, aus dem durch Hinzufügen nur eines Atoms Chlor das deletäre Sublimat entsteht. *Rothe* (Breslau).

Audebert et Etchevers: De la tension artérielle pendant la montée du lait. (Der Blutdruck beim Einsetzen der Milchabsonderung.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, Nr. 11, S. 588—592. 1913.

Untersuchungen an 25 Fällen mit den Apparaten von Vaquez und Pachon.

Die Blutdruckkurve im Wochenbette zeigt eine typische Steigung an dem Tage, an dem die Milchabsonderung einsetzt. Es besteht anscheinend zwischen diesen beiden Phänomenen ein physiologischer Zusammenhang. 5 Kurven werden abgebildet. *Lamers.*

Meigs, Edward B., and Howard L. Marsh: The comparative composition of human milk and of cow's milk. (Vergleich über die Zusammensetzung der menschlichen und der Kuhmilch.) (*Robert Hare chem. laborat., univ. of Pennsylvania a. Wistar inst. of anat. a. biol., Philadelphia.*) Journal of biol. chem. Bd. **16,** Nr. 1, S. 147—168. 1913.

Menschliche Milch enthält bedeutend mehr Lactose, mehr Substanzen unbekannter Natur mit geringem oder gar keinem Nitrogengehalt, dagegen viel weniger Proteine. Ihre Zusammensetzung verändert sich mit dem Vorschreiten der Lactation. Die Grenzen der Variation vom Beginn des 2. Monates an sind in Prozentzahlen: menschliche Milch: Fett 2—4%, Lactose 6—7,5%, Protein 0,7—1,5%; Kuhmilch: Fett 2 bis 4%, Lactose 3,5—5%, Protein 2,5—4%. Von jenen unbekannten Substanzen, die zur Ernährung sehr wichtig sind, enthält menschliche Milch zuerst 1%, in der Mitte der Lactation 0,5%, Kuhmilch 0,3%. *Mohr* (Berlin).

Delmas, Paul: Du tamponnement à l'essence de térebenthine pure dans l'endométrite puerpérale. (Tamponade mit reinem Terpentin bei puerperaler Endometritis.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 43, S. 843—844. 1913.

Autor erinnert an die Benutzung von 10‰ Terpentinemulsionen, subcutan injiziert, bei geburtshilflichen Infektionen. Er benutzt reines Terpentin zur Tränkung eines in den Uterus eingeführten sterilen Gazestreifens, dessen Ende in die Vagina hineinragt, die durch eine Spülung mit gekochtem Wasser und Tamponade rings um das Gazeende gegen die Terpentinwirkung geschützt wird. Zu gleichem Zwecke wird die Vulva mit Vaseline bestrichen. Terpentin wirkt speziell gegen den Streptokokkus, genügend jedoch auch gegen andere Keime, führt einen erheblichen Leukocytenzustrom herbei und wirkt bei seiner starken Resorptionsfähigkeit auch auf die Umgegend. Der opsonische Index des Patienten steigt. Autor sah auf diese Behandlung prompte Erfolge mit lytischem Fieberabfall. Er wendet das Verfahren jetzt nach jeder Ausschabung an. *Mohr* (Berlin).

Werner, Paul: Bakteriologische Untersuchungen beim fieberhaften Abort. (*II. Frauenklin., Wien.*) Zeitschr. f. Gynaekol. u. Geburtsh. Bd. **74,** H. 2/3, S. 481 bis 493. 1913.

45 fieberhafte Aborte II—V mens. wurden aktiv behandelt. Wenn nötig, Dilatation mit Hegarstiften; bei rigider Cervix Spaltung durch Scherenschlag. Digitale Ausräumung in Narkose; nur 4 mal außerdem Curette. Dann je nach Größe des Uterus heiße Lysolspülung oder Touchierung mit Jodtinktur. Die Temperaturen vor der Ausräumung schwankten zwischen 37,8 und 41. Resultate: 36 glatte Genesungen = 80%, 2 leichte Komplikationen = 4,4%, 3 schwere = 6,6%, 4 Todesfalle = 9%. Unter letzteren 1 Periton. post. append.; 1 Ruptur eines nicht diagnostizierten vereiterten Ovarialcystchens; 1 Fall mit schon bei Aufnahme bestehender schwerer Allgemeininfektion. Sekretuntersuchung: Entnahme mit Döderleinröhrchen aus dem hinteren Scheidengewölbe und Uteruscavum. Aërobe Kulturen: Bouillon oder Striche auf Agar- und Blutagarplatte (2 : 5); anaërobe in hoher Zuckeragarschicht, Zuckeragar- und Blutagarplatte über Pyrogallussaure. Bluntuntersuchung: Entnahme mit Spritze aus der Vena med. cubiti.; Blutagar 2 : 5 und hohe Säule (Schottmüller) 20 : 40. Die Sekretuntersuchung ergab keine für die klinische Beurteilung brauchbaren Resultate. Streptococcus haemolyticus im Sekret laßt vielleicht den Fall etwas ernster bewerten. Unter 11 Fällen mit Strept. haemol. im Sekret 2 Todesfalle. Andererseits ist auch bei harmlosen Keimen im Sekret Exitus moglich und bei Reinkulturen von Strept. haemol. glatte Heilung nach Ausräumung. Einmaliger Befund von Keimen im Blut beweist nichts. Wiederholter Befund ist prognostisch ungunstig. Unter 6 Fallen mit wiederholtem Keimbefund im Blut 3 Todesfälle, 1 schwere Komplikation, 2 glatte Genesungen. Maßgebend für die Beurteilung ist der klinische Befund. Hat die Infektion die Uterussubstanz, ihre Venen- und Lymphgefäße oder ihre Umgebung ergriffen, so ist die Prognose überaus zweifelhaft. Bei der Therapie ist die Hauptsache nicht wie, sondern wann. Man muß sofort ausraumen, ehe die Krankheit sich ausbreiten kann. Propagierung der Keime durch die Ausraumung ist nicht zu befürchten. Von 5 Fällen, bei denen das Blut vor der Ausraumung untersucht und steril befunden war, wurden in 3 nach der Ausraumung Keime im Blut gefunden; nach 24 Stunden war das Blut wieder steril. Hat die Infektion die Grenzen des Uterus überschritten, so ist die Ausräumung gefährlich und kontraindiziert, dagegen die baldige vaginale Totalexstirpation vielleicht zu empfehlen. *Bischoff.*

Sitzenfrey, Anton, und Nikolaus Vatnick, Zur Frage der prognostischen und praktischen Verwertung bakteriologischer Befunde bei puerperalen Prozessen. Beobachtungen an Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen. (*Univ.-Frauenklin. u. hyg. Inst., Gießen.*) Arch. f. Hyg. Bd. **79,** H. 2/3, S. 72—140. 1913.

Die Verff. haben unter Anwendung der Technik nach Zangemeister mit Einbeziehung des Anaerobeverfahrens 300 Fälle untersucht und davon 165 Fälle bakteriologisch und klinisch bearbeitet. Hauptvertreter der Vaginalflora sind Organismen der Kokkengruppe und der Pseudodiphtherie, wie an Beobachtungsreihen von fieberfreien und fieberhaften Fällen in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett gezeigt wird. Häufig findet sich auch eine stäbchen- und fadenförmige Streptokokkenvarietät, ähnlich dem Bacillus vaginae von Döderlein, für die Verff. den Namen Strept. filiformis vorschlagen. Die Prognose richtet sich in erster Linie nach dem klinischen Krankheitsbild und kann nicht aus dem Verhalten eines Mikroorganismus auf künstlichen Nährböden gestellt werden. Hinweis auf eine Dissertation von Schuster (Gießen 1910), der ein äußerst variables Verhalten virulenter und nichtvirulenter Streptokokken auf der Blutplatte und ihre hämolysierende Eigenschaft als eine Gruppeneigentümlichkeit beschreibt. Bei der Unmöglichkeit, pathogene Strepto- und Staphylokokken durch ihr Verhalten auf der Blutplatte zu differenzieren und dem geringen Wert eines Rückschlusses aus ihrer hämolytischen Fähigkeit auf ihre Art — ob pathogen oder saprophytär — und auf ihre klinische Wertigkeit treten die Verff. für ein aktives „prophylaktisches" Handeln besonders bei Abortfällen ein. Den Anaerobiern kommt keine wesentliche Bedeutung als pathogener Keime zu, jedoch ist das anaerobe Verfahren zur Vervollständigung mit heranzuziehen, ebenso wie die Anwendung aller in der Bakteriologie üblichen Kulturverfahren und nicht bloß der Blutplatte allein. *Borell* (Düsseldorf).

Hirst, Barton Cooke, Robert L. Dickinson and Joseph B. DeLee: Report of the committee on the treatment of puerperal fever. (Bericht des Komitees über die Behandlung des Puerperalfiebers.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 17, S. 1528—1531. 1913.

Bei der letzten Versammlung amerikanischer Ärzte traten gelegentlich der Diskussion über die Behandlung der puerperalen Infektion zwei gänzlich entgegengesetzte Meinungen zutage: die einen rieten, sofort die Gebärmutter zu entleeren, die andern ein abwartendes Verfahren. Die drei Verfasser, beauftragt, die Materie zu klären, faßten ihre Aufgabe so, daß sie sich an einige hundert Universitätslehrer, bekannte Gynaekologen, Chirurgen und praktische Ärzte in Amerika und Europa wandten, um deren Meinungen statistisch zu verwerten. Acht Eventualitäten wurden in ihrem Fragebogen ins Auge gefaßt. Frage I: Primipara ist im 3. Monat schwanger. Fiebert seit 2 Tagen. Blutungen gering, das Ei ist im Uterus. Krimineller Abort. Was soll geschehen? Die überwiegende Majorität ist für sofortige Ausräumung; die Minorität rät, abzuwarten, nur bei Blutung einzugreifen, allenfalls Uterusspülungen und Tamponade. Frage II. Primipara im 3. Monat schwanger, fiebert seit 2 Tagen, Blutungen gering, Placenta retiniert, der Foetus schon ausgestoßen. Antwort: Die bei weitem größte Mehrzahl ist für Ausräumung. Frage III: Primipara, 4 Tage post partum (am Ende der Schwangerschaft). Sichere Zeichen einer uterinen Infektion, keine Blutung, Verdacht auf Retention von Eihautresten. Antwort: Die größte Majorität ist für aktives Vorgehen. Frage IV betrifft den Zeitpunkt, wann im Falle einer uterinen Sepsis eingeschritten werden soll. Die meisten sind für sofortiges Operieren, wenige warten 24 Stunden und länger; als Methode der Wahl ist die manuelle Ausräumung am beliebtesten, viele nehmen die Curette (scharf oder stumpf), einige die Abortzange, wenige tamponieren. Frage V: Was soll geschehen, wenn Blutungen die Sepsis komplizieren? Nur sehr wenige behandeln innerlich (mit Stypticis) allein, manche benutzen die Styptica als Hilfsmittel. Die meisten halten die Entleerung des Uterus für die ausreichende Therapie; merkwürdigerweise fürchtet sich die Mehrzahl der Gynaeko-

logen nicht, einen septischen Uterus zu tamponieren. Frage VI will feststellen, wie lange diejenigen warten, die bei Retention von Eiresten und Sepsis die Natur walten lassen. Diese Frage sollte die Meinung extrahieren, wie lange wohl der Organismus braucht, um einen genügend starken Wall um das infizierte Endometrium zu richten, wodurch bei später aktiver Therapie (Finger oder Curette) ein genügend starker Schutz gegen weitere Infektion gegeben sei. Die auf diese Frage gegebenen Antworten sind in jeder Hinsicht ungenügend. Frage VII: Soll das Verhalten verschieden sein, je nachdem ein saprämisches oder bakteriämisches Fieber vorliegt? Nur die Hälfte der Befragten hält derartige Untersuchungen nach dem hämolytischen Streptokokkus für praktisch wichtig. Frage VIII. Ist die Behandlung verschieden, je nachdem Sepsis nach Abort oder nach einer zum normalen Ende gelangten Entbindung eintritt? Darauf ergibt sich aus den Antworten, daß die größte Mehrzahl viel aktiver beim Abort ist; einige heben hervor, daß gerade der kriminelle Abort das alleraktivste Vorgehen erheischt. *Landau* (Berlin).

Grosse, A.: Quelques idées nouvelles sur les phlébites puerpérales (pathogénie; phlébite utéro-pelvienne). (Einige neue Gedanken über puerperale Phlebitiden. Pathogenese; Uterus-Beckenvenenentzündung.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31**, Nr. 39, S. 761—772. 1913.

Viel seltener als die infektiöse ist die aseptische Thrombophlebitis. Erhöhte Blutgerinnungsfähigkeit in der Schwangerschaft, Verlangsamung der Zirkulation, geringe Verletzung des Endothels begünstigen die Thrombose. Gifte von den Zotten oder vom Foet stammend vermögen die Gefäßwand zu schädigen. Stagnieren des Blutes in der Uterushöhle nach der Entbindung prädisponiert durch Abscheiden eines Ferments (Thrombokinase) zur Thrombose. Neigung zur Thrombophlebitis bei Herzfehlern, Störungen des Verdauungstraktus, der Leber und der Nieren. Vor allem führen Schädigungen des Endothels durch Bakterien zur Thrombophlebitis. Die häufigste Ursache der Infektion ist eine Endometritis. Späte Curettage hat große Gefahren durch Zerstörung des Granulationsgewebes und Eröffnung der Sinus. Häufig sind bei der infektiösen Thrombophlebitis mehrere Bakterienarten beteiligt. Die Uterusbeckenvenenthrombophlebitis stammt meist von einer Metrophlebitis, indem sie sich nach beiden Seiten des Uterus hin ausbreitet. Von da Ausbreitung gegen die unteren Extremitäten hin als Phlegmasia alba dolens. Einteilung der Beckenvenenthrombophlebitis in aseptische und septische. Die aseptische Thrombophlebitis des Beckens verläuft oft symptomlos. Nur Ansteigen und Beschleunigung des Pulses weisen manchmal darauf hin. Die aseptische Thrombophlebitis des Beckens führt sehr häufig zu tödlicher Embolie. Die septische Beckenvenenthrombophlebitis macht sich durch Temperatur- und Pulserhöhung bemerkbar. Charakteristisch ist der Kletterpuls, der schon einige Tage vor der Temperatursteigerung auftreten kann, ebenso das Mißverhältnis zwischen Puls und Temperatur. Embolien treten bei dieser Form häufiger auf, bessern sich aber, falls keine septische Bronchopneumonie daraus entsteht, schnell. Bei vorsichtiger Untersuchung kann man mitunter die Thrombose fühlen. Bei Ausbreitung der Thrombose auf die V. iliaca externa tritt Ödem der unteren Extremität auf. Verf. empfiehlt sowohl prophylaktisch als auch bei bestehender Thrombose Citronensäure. Eine chirurgische Behandlung mit Unterbindung und Resektion der thrombosierten Beckenvenen zur Verhütung von Embolie und Weiterschreiten der Infektion erscheint bis jetzt wenig befriedigend. *Schneider* (Tübingen).

Bullard, E. A.: A case of total occlusion of cervix and partial obliteration of uterine cavity after puerperal sepsis. Resume of the literature. (Ein Fall von vollständigem Verschluß der Cervix und teilweiser Obliteration der Gebärmutterhöhle nach puerperaler Sepsis. Übersicht über die betreffende Literatur.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 4, S. 671—678. 1913.

26 jährige Frau. Enges Becken. 3 voraufgegangene Entbindungen, alle mit Kunsthilfe beendet. Nach der 4. Geburt, die gleichfalls instrumentell beendet wurde, erkrankte Patientin

an Sepsis und Neuritis. Lokale Behandlung: Einige Uterusduschen. Erst nach 4 monatlichem Krankenlager verließ die Patientin das Hospital mit leichten neuritischen Störungen und geringem Ausfluß. Als **Bullard** die Patientin nach 2 Jahren wiedersah, erzählte sie, sie wäre bald vollkommen gesund geworden, nur sei die Periode nie wieder gekehrt. Sie hätte nur alle 4 Wochen für einige Stunden eine gewisse Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, ein Gefühl der Schwere in den Beckenorganen, aber keinerlei Schmerzen. Objektiv fanden sich die inneren Genitalien frei von jeder Vergrößerung; sie waren frei beweglich, nur war der Cervicalkanal durch eine Narbe ersetzt. Nach Spaltung der Narbe drang unter großem Widerstand die Sonde in einen Raum ein (Cavum), der ca. 1 Zoll lang und ebenso weit war und ein wenig Schleim, kein Blut austreten ließ. Durch Bauchschnitt wurde schließlich noch nachgewiesen, daß außer einigen leicht zerreißlichen Narbensträngen um die Eileiter nichts Abnormes auffindbar war; die Tuben ließen sich leicht vom abdominalen Ende aus sondieren, ihr inneres Drittel freilich erwies sich als obliteriert. In den Uteruskanal wurde ein Hartgummirohr eingeführt. Patientin überstand die Operation, die Uterinhöhle ließ später leicht die Sondierung zu, indessen ist nie wieder eine Spur von monatlicher Blutung eingetreten. *Landau.*

Johnson, Gertrude M.: Report of a case of puerperal septicemia. (Bericht über einen Fall von puerperaler Sepsis.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12**, Nr. 7, S. 365—367. 1913.

36jährige Patientin. Erste Schwangerschaft endete als Abort. Vor 4 Jahren normale Entbindung und Wochenbett; 12. Dezember 1912 normale Entbindung. Am 3. Tage Fieber, und übelriechender Ausfluß, am folgenden Tage wird mit stumpfer Curette ein Blutkoagulum aus dem Uterus entfernt; Patientin erhält Antistreptokokkenserum. Nach 2 Tagen normale Temperatur. Am 6. Tage Injektion von Autovaccine. Nach 2 Tagen Schüttelfrost und Fieber, die sich in längeren Zwischenräumen wiederholen. Im Blut Streptococcus pyogenes. Patientin deliriert, Allgemeinzustand sehr schlecht, vom 14. Januar ab an 5 aufeinanderfolgenden Tagen Seruminjektion; allmähliche Besserung. Am 27. April als geheilt entlassen. *Zweifel* (Jena).

Benech: Traitement des infections abortives. (Behandlung der abortiven Infektionen.) Thèse. Paris 1913.

Ahrendts, G.: Über Operationen bei puerperal-septischen Erkrankungen. Dissertation. Berlin 1913.

Eidam, B.: Gonorrhoische Erkrankungen im Wochenbett. Dissertation. Berlin 1913.

Wolodarsky, M.: Über Spätblutungen im Wochenbett. Dissertation. Berlin 1913.

Foetus und Neugeborenes:

Wehner, Philipp: Neue Anwendungsform von Larosan. (*Städt. Krankenh., Potsdam.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 44, S. 2147. 1913.

Larosan Roche (Caseincalcium) hat sich bei schweren Nährschäden von Kindern, speziell im 2. Lebensjahr, sehr gut bewährt. Gewöhnlich wird Larosanmilch (20 g auf $^1/_2$ l) verabreicht. In besonders schweren Fällen mußte ein Larosantee (40 g L., in kaltem Wasser angerührt, dann 1 l kochend heißen Tees beigegeben) oder Larosanschleim angewendet werden, da gar keine Milch vertragen wurde. Meist schon am 2. Tag sind die Kinder für Larosanmilch tolerant. *Kermauner* (Wien).

Silvestre: Séméiologie et traitement des vomissements du nourrisson. (Semiologie und Therapie des Erbrechens der Säuglinge.) Thèse. Paris 1913.

Bonnet-Laborderie, A.: Hémorragies gastro-intestinales chez deux nouveau-nés ayant absorbé le lait de la même femme. (Gastrointestinale Hämorrhagien bei zwei Neugeborenen, die die Milch derselben Frau tranken.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 7, S. 630—635. 1913.

Das Kind einer frisch entbundenen Frau leidet an Melaena und wird entwöhnt. Die Mutter bekommt schmerzhafte Brust und, ohne Vorwissen des Arztes, werden zwei bettnachbare Säuglinge von ihr gestillt. Der eine bekommt auch Melaena, der andere starke Magenstörungen. Die Analyse der Milch zeigt ein starkes Caseinquantum (20 g anstatt 11). Diese unverdauliche Milch hat wahrscheinlich eine starke Darmschleimhauthyperämie und übertriebene Darmmusculariskontraktionen verursacht. Wassermann der Mutter negativ. *R. Chapuis* (Genf).

Leclercq, J., et G. Devulder: A propos d'un cas de fracture du crâne chez un nouveau-né. (Ein Schädelbruch bei einem Neugeborenen.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 30, S. 601—603. 1913.

Bei einem tot aufgefundenen Neugeborenen fand sich eine Fraktur des Stirn- und linken Schläfenbeines, ferner eine Wunde der Kopfhaut an der entsprechenden Stelle. Verff. besprechen ausführlich den möglichen Entstehungsmodus dieser Verletzungen und kommen zu dem Schlusse, daß es sich um Verletzungen handeln müsse, die erst nach der Geburt des nicht ganz ausgetragenen Kindes entstanden sein müssen. Die Todesursache des bei der Geburt sicher

lebenden Kindes und die Feststellung, ob die Verletzungen vor oder nach dem Tode des Kindes gesetzt worden sind, waren für die Verff. unlösbar. *Frankenstein* (Köln).

Lévy: De la pathogénie des lésions traumatiques de l'orbite chez le foetus au cours des extractions par le forceps. (Über die Pathogenese der Verletzungen der Orbita beim Foetus durch Zangenwirkung.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, Nr. 11, S. 561—575. 1913.

Nach Zangenentbindung, selten auch nach spontanem Geburtsverlauf bei engem Becken findet man am Neugeborenen einen leichten Exophthalmus, der innerhalb weniger Tage zurückgehen kann; manchmal indessen können die Störungen in der Augenhöhle erheblichere Grade annehmen, die schon äußerlich durch vollkommene Luxation des Auges deutlich werden. Auf Grund klinischer Beobachtung und experimenteller Versuche hat Verf. diesen Mechanismus studiert und unterscheidet zwei Krankheitsbilder: 1. Den Exophthalmus ohne Bruch der Augenhöhle, 2. Die Fraktur der Augenhöhle ohne Exophthalmus. Die erstere Anomalie kommt dadurch zustande, daß die Augenhöhle schräg zusammengeknickt wird, so daß es zu einer Verengerung der hinteren Orbitalöffnung kommt. So werden die Venenlumina versperrt, der Rückfluß des Blutes gehindert, der Blutdruck gesteigert und damit ist die Möglichkeit einer Blutung oder eines retrookulären Hämatoms gegeben. Im zweiten Fall handelt es sich um die Folgen eines symmetrischen Druckes, der keinen Einfluß auf die hintere Orbitalöffnung ausübt; dabei wirkt die eintretende Fraktur gewissermaßen als Sicherheitsventil gegen die Verengerung der Augenhöhle. *Landau.*

Stratz, C. H.: Foetus papyraceus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 2/3, S. 914—919. 1913.

Beschreibung eines dem Grade der Verknöcherung nach 4—5 Monate alten Foetus papyraceus, dessen Zwillingsbruder über 4000 g wog, an der Hand von 2 Röntgenbildern, 2 dioptrischen Zeichnungen und 2 schematischen Umrißzeichnungen. Empfehlung der sehr anschaulichen dioptrischen Zeichnungen für den Unterricht; der objektive Befund wird hierbei durch vorherige dioptrische Fixierung des Umrisses bestimmt und lediglich durch Verstärkung der Lichtwerte wird die plastische Wiedergabe der Einzelheiten erzielt. *Hoffmann* (Dresden).

Hebammenwesen und -unterricht:

● **Spaet, Frz., und Frdr. Stenglein: Das ärztliche Gebührenwesen in Bayern. Nebst e. Anh.: Die Gebühren der Bader und Hebammen. 2. umgearb. Aufl.** München: Beck. 1913. XVII, 419 S. M. 8.—.

Pazzi, Muzio: La stampa periodica e la levatrice. (Die periodische Presse und die Hebamme.) Ginecol. minore Jg. **6**, Nr. 7, S. 102—107 u. Nr. 8, S. 115—121. 1913.

Die Förderung des Hebammenwesens findet in der Presse eine gewaltige Unterstützung. Es gibt in Italien, unter der Leitung von angesehenen Geburtshelfern, verschiedene Zeitschriften für die sogenannte „Ostetricia minore", welche hauptsächlich zur wissenschaftlichen Ausbildung der Hebammen dienen. Aber weder hier noch in den politischen Zeitungen können sämtliche Fragen, die sich auf die Hebung des Hebammenstandes beziehen, ihren richtigen Platz finden. Die italienischen Hebammen müßten sich noch weiter organisieren, als es bis jetzt der Fall war, und zur Erörterung und Vertretung ihrer Interessen eigene Lokal-Vereinszeitungen erscheinen lassen. So könnte man dann diesen vielen Stimmen in einer größeren Zeitschrift für ganz Italien Ausdruck verleihen. Nur auf diese Weise wäre es möglich, das Publikum und den Staat auf die unerfreuliche Lage der Hebammen aufmerksam zu machen und die erwünschten Reformen zu erzielen. *Colombino* (Mailand).

Grenzgebiete.

Kinderkrankheiten:

Miller, J. Milton: Does teething ever produce morbid symptoms? (Bewirkt die Zahnung jemals irgendwelche krankhaften Symptome?) Vortr. Philad. Ped. Soc. 11. II. 1913. Arch. of pediatr. Bd. **30**, Nr. 7, S. 538—546. 1913.

Verf. spricht sich dahin aus (ohne übrigens genauer beobachtete Fälle mitzuteilen),

daß gewisse pathologische Erscheinungen häufig ursächlich mit der Zahnung in Zusammenhang gebracht werden müssen, während andererseits viele Zustände, die auf die Zahnung bezogen werden, als rein zufällige Koinzidenzen zu betrachten sind. Als ursächlich von der Dentition abhängig erwähnt Verf. lokale und reflektorisch zustande kommende krankhafte Erscheinungen, nämlich lokale Erkrankungen der Mundschleimhaut, Salivation, Verdauungsstörungen, Fieber, Otalgie (dagegen niemals Otitis), Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit. Krämpfe werden nicht direkt verursacht, aber bei spasmophilen Kindern kann der Reiz des Dentitionsprozesses zur Auslösung von Krämpfen beitragen. Auch in der Genese des Ekzems soll die Dentition nach der Überzeugung des Verf. eine Rolle spielen. Verf. befürwortet warm die Incision des Zahnfleischs, die großen Nutzen bringen soll; sie muß allerdings gelegentlich auf demselben Zahn wiederholt werden. Man incidiert, wenn das Zahnfleisch geschwollen ist, ob es entzündlich gerötet ist oder nicht, aber erst wenn der Zahn direkt unter der Oberfläche ist.

Diskussion (S. 230). Le Boutillier hat 2 Fälle von Krämpfen gesehen, die auf die Zahnung zu beziehen waren und nach Incision des Zahnfleischs wegblieben, auch Durchfall, der mit erfolgtem Zahndurchbruch verschwand. Nur Griffith will nichts von Zahnfleischincisionen wissen, die er als junger Arzt oft gemacht hatte. Lowenburg incidiert fleißig. Sinclair hat bei einem Kind bei jedem Zahn, der kam, Störungen erlebt und das Zahnfleisch incidiert. Fraley incidiert gleichfalls. *Ibrahim* (München).K

Morgan, Harold J.: Some remarks of infantile diarrhoea. (Über die Diarrhöe im frühen Kindesalter.) Denver med. times Bd. **33,** Nr. 2, S. 70—74. 1913.

Kurze Betrachtung der Diarrhoea infantilis, ihrer Ursachen und Therapie nach Finkelsteinschen und Kendalschen Grundsätzen. *Laubenburg* (Remscheid).

Martin, Etienne, et Georges Mouriquand: La mort subite des enfants. (Der plötzliche Tod der Kinder.) Arch. d'anthropol. crim. de méd. lég. et de psychol. norm. et pathol. Bd. 28, Nr. 238/239, S. 781—798. 1913.

Bei ganz gesund aussehenden Kindern kommt manchmal ein plötzlicher Exitus vor. Gründe: Toxicämie, infektiöse Krankheiten, Läsionen des Herzens und des Nervensystems usw. Sehr bedeutend ist die sog. Inhibition, deren wirklicher Charakter noch nicht ganz bekannt ist. Die Inhibition scheint familiär und von Alkoholismus, Lues der Eltern und Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion abhängig zu sein. *R. Chapuis* (Genf).

Neurologie und Psychiatrie:

Ambrosi, R.: Il caso di Bianca Soci. (Der Fall „Bianca Soci".) Una vittoria del prof. Bossi. Ginecol. minore Jg. **6,** Nr. 8, S. 113—114. 1913.

Eine junge Frau, Mutter von 4 Kindern, war auf der Reise, da sie besondere Aufregungszustände beim Eintritt der Periode zeigte, vom Zug weg in die Irrenanstalt gebracht worden. Nach 30 Monaten erhielt der Mann endlich Nachricht davon. Da Bossi auf dem Gynaekologenkongreß über seine Erfolge bei Psychosen durch Behandlung gynaekologischer Erkrankungen berichtete, und diese in der Presse besprochen wurde, hört der Mann davon und bat Bossi, die Behandlung zu übernehmen. Bossi setzte die Überführung der Kranken in seine Klinik durch. Die Sache erregte großes Aufsehen, aber der höchste Gerichtshof entschied zu seinen Gunsten. *Berberich* (Karlsruhe).

Meyer, E.: Zur Frage des künstlichen Abortes bei psychischen Störungen. (Nordostdtsch. Ges. f. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 3, S. 342—346. 1913.

Der Vortrag ist im Original erschienen in der Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 51. Vor Eintritt in die Diskussion geht Meyer noch auf die Frage ein, wie weit der Abort indiziert ist bei in Schüben verlaufender Dementia praecox, die sich wiederholt an die Gravidität resp. das Puerperium anschließt. Es sei dabei zu bedenken, daß keineswegs ein neuer Schub mit der Gravidität sich einstellen muß, daß ein solcher auch ohne Gravidität erfolgen kann, und daß andererseits eine Besserung durch den Abort in keiner Weise garantiert werden kann. Immerhin hält M. den Abort in solchen Fällen für gerechtfertigt. Weiter hält M. Aborte für gerechtfertigt, wenn zwar

die psychisch nervösen Störungen an sich keine zwingende Indikation abgeben, wenn aber doch durch wiederholte Geburten eine immerhin sich steigernde Schädigung des Nervensystems zu befürchten ist. Bei Alkoholparanoia ist ein Abort nicht indiziert. Im Verlauf der Diskussion werden die Krankengeschichten einer Reihe einschlägiger Fälle vorgetragen. *Zinsser* (Berlin).

Vinchon, Jean: Le fétichisme de la poupée et le vol aux étalages. (Der Puppenfetischismus und der Diebstahl in den Auslagen.) Rev. de méd. légale Jg. **20,** Nr. 10, S. 289—301. **1913.**

Sexualpathologische Studien, die jene ziemlich häufig zu beobachtende Neigung für Puppen und deren Ausstattungsstücke, die sexuellen Orgasmus auszulösen pflegen, mit dem Vorwiegen einer mütterlichen Regung auf krankhafter Basis teilweise erklärt. *Mohr* (Berlin).

Breteille: Étude historique et médicolégale du masochisme. (Historisches und Forensisches über Masochismus.) Thèse. Paris 1913.

Gerichtliche Medizin:

Liszt, Eduard Ritter von: Die kriminelle Fruchtabtreibung. Eine Erwiderung. Arch. f. Kriminal-Anthropol. u. Kriminalist. Bd. **55,** H. 1/2, S. 98—100. 1913.

Kurze Erwiderung auf eine Arbeit über das gleiche Thema von Dr. S. du Moriez in Marseille. *Harm* (Dortmund).

Turenne, A.: Note sur la provocation criminelle de l'avortement dans la grossesse ectopique. (Krimineller Abort bei ektopischer Schwangerschaft.) (*Clin. obstétr. de méd., Montévidéo.*) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **2,** Nr. 10, S. 179—181. 1913.

Der mittels intrauteriner Injektion vorgenommene kriminelle Eingriff hatte nur einen mäßigen Blutabgang zur Folge. Die 2 Monate später festgestellte und unversehrte Tubargravidität wurde operativ beseitigt. Heilung.

Verf. erinnert daran, daß durch wiederholte und brüske Abortversuche sehr wohl eine Tubenruptur oder ein Tubenabort ausgelöst werden könne. *Holste* (Stettin).

Soziales. Statistik:

Kahn, F.: Das Versehen der Schwangeren in Volksglaube und Dichtung. Dissertation. Berlin 1913.

McMurtrie, Douglas C.: Die konträre Sexualempfindung des Weibes in den Vereinigten Staaten von Amerika. Arch. f. Kriminal-Anthropol. u. Kriminalist. Bd. **55,** H. 1/2, S. 141—147. 1913.

Die konträre Sexualempfindung ist in Amerika wahrscheinlich deshalb noch so wenig erforscht, weil eine strafrechtliche Verfolgung Homosexueller nicht stattfindet. Verf. teilt ausführlich einige weibliche Fälle mit, bei denen die Neigung sich nicht nur auf das gleiche Geschlecht, sondern auch auf invertierte Männer erstreckte. *Holste.*

● **Ploss, Heinrich, und Max Bartels: Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. Anthropologische Studien. 10. verm. Aufl. Neu bearb. u. hrsg. v. Paul Bartels.** Leipzig: Griebens Verlag 1913. XV, 1024 u. 904 S. M. 30.—.

Das klassische Werk liegt in 10. Auflage vor, zum zweiten Male ist die Neubearbeitung von Dr. Paul Bartels, dem Sohne des zweiten Herausgebers, besorgt worden. Das Grundgefüge der Arbeit ist unverändert geblieben, doch sind die neusten Arbeiten auf ethnographischem und anthropologischem Gebiete berücksichtigt worden. Ganz neu hinzugekommen ist der Abschnitt über die Beziehung zwischen Hirngewicht und Intelligenz bei beiden Geschlechtern. Verf. gibt in demselben die auf mathematischer Basis beruhenden Untersuchungen und Hypothesen Dubois' wieder und kommt zu dem Schluß, daß die geistigen Fähigkeiten wohl bei beiden Geschlechtern im Durchschnitt gleich sind, daß aber zweifellos ein Unterschied in der geistigen Eigenart besteht. — Der Umfang des Werkes ist um $5^1/_2$ Druckbogen vermehrt worden und 62 neue Abbildungen sind hinzugekommen. Ein besonderer Vorzug der neuen Auflage ist

es, daß ein großer Teil der Abbildungen als Autotypien auf Kunstdruckpapier hergestellt ist. — Von ganz besonderem Interesse für den Gynaekologen sind die sehr ausführlichen historischen und ethnographischen Abhandlungen über Schwangerschaft und Geburt. Um einen ungefähren Überblick über die Reichhaltigkeit zu geben, sei erwähnt, daß die Abhandlungen über die Geburt allein 387 Seiten in 22 verschiedenen Kapiteln füllen; dabei hat es sich der Verf. versagt, auf die moderne klinische Geburtshilfe auch nur kurz einzugehen. Den Schluß des Werkes bildet das Literaturverzeichnis, das fast 2700 Arbeiten enthält. *Ruhemann* (Berlin).

Regnault, Félix: Les monstres dans l'ethnographie et dans l'art. (Die Monstra in der Ethnographie und Kunst.) Bull. et Mém. Soc. d'anthropol. Paris **4**, S. 400—411. 1913.

Die Formen der Monstra in der Völkerkunde und Kunst können einmal der Wirklichkeit entsprechen, also wirkliche Mißbildungen vorstellen, die man in der Natur beobachtete und mehr oder weniger genau kopierte. Andere lassen sich nicht auf wirkliche Vorbilder zurückführen, sondern entspringen entweder ungenauer Beobachtung (z. B. die gigantischen Kraken, Tintenfische, die die Furcht größer erscheinen ließ) oder der Phantasie. Allerdings begegnen wir nirgends ganz reinen Phantasiegebilden, sondern die Erzeugnisse der Einbildungskraft greifen immer auf irdische Vorbilder zurück. Um sie zu schöpfen, schlug der Mensch verschiedene Wege ein. Entweder wurde der Körperteil eines Wesens durch den entsprechenden eines andern ersetzt (z. B. der ägyptische Horus mit Sperberkopf), oder einem Wesen von normalem Bau wurde ein ihm fremder Körperteil oder ein Glied zugefügt (z. B. der geflügelte Pegasus), oder ganz verschiedene Körperabschnitte wurden miteinander vereinigt (z. B. die Chimaere und andere Fabelwesen) oder schließlich ganz voneinander abweichende Wesen wurden miteinander verstrickt (z. B. die Masken der Papuas und Indianer Kanadas). An der Hand der Darstellungen aller Völker und Zeiten schildert Verf. die beiden Gruppen von Monstren (reale und irreale) und erläutert interessante Formen durch Abbildungen. Weiter sucht er die Motive zu ergründen, die zu solchen Darstellungen führten. Er meint, daß man aus vielerlei Gründen sie schuf, einmal war die Religion (Idole oder Dämonen, auch Amulett oder endlich Illustration von Legenden und Mythen), sodann die Symbolik (z. B. Göttinnen der Fruchtbarkeit mit vielen Brüsten), weiter die Karikatur (um die niederen Triebe der Menschen zu geißeln, wie z. B. bei der Darstellung eines Menschen mit einem Schweinekopf) und schließlich die Verzierung (dekorative Kunst der Renaissance) das Ausschlaggebende. *Buschan.*

Biaute: De la dépopulation. (Über die Entvölkerung.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31**, Nr. 26, S. 501 bis 504. 1913.

Kurzer Auszug aus einem Bericht, den Verf. im Jahre 1913 dem Generalrat über einige die Entvölkerung betreffende Fragen erstattet hat. *Holste* (Stettin).

Ritter und Hallwachs: Über den Rückgang der Geburtenziffern im Regierungsbezirk Stade. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätsw. Bd. **46**, H. 2, S. 348—365. 1913.

Die Untersuchung über den Geburtenrückgang im Regierungsbezirk Stade halten die Verff. trotz der Fülle der dieses Problem behandelnden Publikationen für gerechtfertigt, weil es sich in dieser Gegend um ein verhältnismäßig enges und nach der Eigenart von Land und Leuten wohl charakterisiertes territoriales Gebiet handelt. Sie gelangten zu folgendem, aus zahlreichen graphischen Darstellungen zu ersehendem Ergebnis: Das Geburtendefizit ist für einzelne Teile des Regierungsbezirkes Stade erheblich größer als die Geburtenziffern des gesamten Regierungsbezirkes erwarten ließen; neben den Städten sind ganz wesentlich auch landwirtschaftliche Gebiete stark an dem Geburtenrückgang beteiligt, doch zeigen die Industriegegenden erst in allerjüngster Zeit eine wesentliche Verminderung ihrer an sich hohen Ziffern; die Abnahme der Geburtenzahl ist überall unabhängig von der Ziffer der Eheschließungen und wird ebensowenig durch eine Verminderung der zeugungsfähigen Jahresklassen der Gesamtbevölke-

rung verursacht. — Da aus den von den Verff. gewonnenen Zahlreihen etwas Positives über die Ursachen der Geburtenverminderung sich nicht ergab, so veranstalteten sie eine Rundfrage bei sämtlichen Ärzten des Bezirkes; von 111 Befragten haben 100 geantwortet. Aus diesen Antworten entnehmen die Verff., daß als Ursache für die Abnahme der Geburtenfrequenz weder die Geschlechtskrankheiten, noch die Tuberkulose, noch der Alkoholismus zu bezeichnen ist. Dagegen sei eine außergewöhnliche Zunahme von Fehlgeburten, und zwar nur der künstlichen, kriminellen beobachtet worden. Degenerationszustände oder unhygienische Verhältnisse spielen keine Rolle. Es unterliegt daher keinem Zweifel, daß es sich nur um eine gewollte Beschränkung der Kinderzahl handelt. *Fischer* (Karlsruhe).

● **Koeppe, Hans: Säuglingssterblichkeit und Geburtenziffer m. 6 Kurven.** Wien u. Leipzig: Alfred Hölder. 1913. 74 S. M. 2.—.

Die Statistik zeigt bei allen Kulturvölkern Europas in den letzten 4—5 Jahrzehnten einen Rückgang der Geburtenziffer. Die Erklärung ist darin zu suchen, daß von den einzelnen Frauen weniger Kinder geboren werden. Zugleich zeigt sich ein Abnehmen der Säuglingssterblichkeit, weil besser für die Säuglinge gesorgt ist als früher. Ein Kausalnexus zwischen Geburtenziffer und Säuglingssterblichkeit ist wohl so zu konstruieren, daß die geringere Sterblichkeit eine geringere Geburtenziffer zur Folge hat. Das Sinken der Geburtenziffer an sich ist noch nicht unbedingt als ein bedenkliches Zeichen anzusehen, da die Bevölkerungszahl nicht allein von der Höhe der Geburtenziffer abhängig ist. Denn mit dem Sinken der Geburtenziffer, dem Zeichen wachsender Kultur, ist auch eine Verringerung der Mortalität verknüpft, der Erfolg ist ein Geburtenüberschuß. Der Rückgang der Mortalität hat aber eine Grenze, der Rückgang der Geburtenziffer theoretisch keine Grenze, so daß schließlich eine Bevölkerungsabnahme resultieren muß, wenn der Abfall der Geburtenziffer nicht die Folge einer natürlichen Regulation ist, sondern durch künstliche Einflüsse hervorgerufen wird. Eine Beschränkung der Kinderzahl führt unweigerlich zum Zwei- und Einkindersystem und damit schließlich zur Bevölkerungsabnahme. Zur Verhütung dieser Gefahr ist eine Mindestzahl von 4 Kindern nötig, ferner hat eine besondere Säuglingsfürsorge Platz zu greifen, um bei mißlichen sozialen Verhältnissen und zu hoher Kinderzahl diese zu erhalten. Auch privatwirtschaftlich ist das Zweikindersystem als verfehlt zu bezeichnen. Die ganze Auffassung der Bevölkerung über Kindersegen muß eine andere werden, kinderreiche Familien müßten gewisse Vorrechte erhalten, damit sie nicht wie jetzt den kinderarmen gegenüber im Nachteil sind. Das beste Mittel, die Geburtenbeschränkung zu bekämpfen, ist eine erhöhte Fürsorge für Säuglinge und Mütter und zwar eine moralische: Durch Hebung des Ansehens kinderreicher Mütter, Anerkennung, Achtung kinderreicher Mütter im öffentlichen und privaten Leben; und eine materielle: Schutz kinderreicher Familien vor Not und vor dem Hinabsinken ins Proletariat. Im letzten Kapitel werden entwicklungsgeschichtliche Betrachtungen angestellt, die darin ausklingen, daß zu einer Resignation kein Grund vorhanden ist, sondern vielmehr in der Säuglingsfürsorge die günstigsten Bedingungen zu ermitteln seien, unter denen das Ziel: höchster Geburtenüberschuß und höchste Widerstandsfähigkeit der Geborenen zu erreichen ist. *Graeupner* (Bromberg).

Jacob, Donald R.: A saner attempt for the cure of a moral cancer. (Ein gesünderer Versuch zur Heilung eines sittlichen Krebses.) Louisville monthly journal of med. a. surg. Bd. **20**, Nr. 5, S. 131—134. 1913.

Ein Verständnis für die Beseitigung des „weißen Sklavenhandels" ergibt sich nur aus dem Studium der degenerierten und sittlich verkommenen Volksschichten. Der dauernden Gefährdung der unverdorbenen weiblichen Jugend ist durch Schaffung eines sicheren und leichter erreichbaren Tummelplatzes für die durch Erziehung eben nicht einzudämmenden Neigungen sexualpathologischer Kreise entgegenzuwirken. *Mohr.*

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.

Band III, Heft 12 S. 513—560

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Drießen: Die Uterusschleimhaut während der Menstruation. Niederl. gynaekol. Ges. Sitzg. v. 12. X. 1913, Amsterdam. (Holländisch.)

Auf Grund zahlreicher, jahrelang fortgesetzter eigener Untersuchungen bestätigt Drießen im allgemeinen die Hitschmann-Adlerschen Befunde, wonach stets ein Teil der Mucosa ausgestoßen wird. Die Decidua menstrualis ist kein pathologischer, sondern ein stärker ausgebildeter physiologischer Prozeß. Bei Curettage findet man bereits 8 Tage später die Schleimhaut regeneriert. Eine unvollkommene Abstoßung nekrotischen Gewebes bei der Menstruation kann Endometritis veranlassen. Die Neubildung von Drüsen geschieht durch Wucherung und Einstülpung des Oberflächenepithels. In der Diskussion präzisierte D. auf eine Frage von Frln. van Tussenbroek seine Ansicht dahin, daß die Neubildung in der Hauptsache vom Oberflächenepithel ausgeht, welches sich mit den in der Tiefe übriggebliebenen Drüsenresten vereinigt. *C. H. Stratz.*

Branch, J. R. Bromwell: Some gynecological disorders dependent upon general rather than local causes. (Einige gynaekologische Leiden, die mehr auf allgemeinen als auf lokalen Ursachen beruhen.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 4, S. 678—683. 1913.

Die Menstruation, eine allgemeine, nicht lokale Erscheinung, hängt ab vom allgemeinem Wohlbefinden, der Tätigkeit der ausführungslosen Drüsen, der normalen Beschaffenheit der Beckenorgane. Frühzeitig hat Prophylaxe und Erziehung zur Hygiene einzusetzen. Später Eintritt der Pubertät erfordert selten lokale Behandlung, dagegen Eisen, Calcium, die Sekrete von Ovarium, Thyreoidea, Zirbeldrüse. Störungen der Menses: 1. Amenorrhöe. Primäre: Gleichzeitig Stillstand der allgemeinen Körperentwicklung (Therapie wenig aussichtsvoll), Hypothyreoidismus (Thyreoidintherapie, bevor Infantilismus der Geschlechtsorgane eingetreten). Sekundäre: Bluterkrankung (Eisenbehandlung); nervöse Störungen, z. B. Geisteskrankheit, Shok, Furcht vor oder Wunsch zur Schwangerschaft; Berufs- oder Klimawechsel; akute oder chronische Erkrankungen, so Erkältungen (Hitzeapplikation und Antispasmodika oder Vasodilatatoria, wie Atropin, Stickstoff-Äther), Tuberkulose, Pellagra usw.; erworbene Störungen der ausführungslosen Drüsen (2,0 milchsaures Calcium täglich 5 Tage lang, Drüsenextrakte, z. B. Luteinextrakt bei Unterentwicklung des Ovarium, 0,3—2,0 täglich), Folgen von Morphismus usw. 2. Menorrhagien: Blutkrankheiten (Hämophilie, Purpura, Skorbut), akute und chronische Erkrankungen, so Tuberkulose, Herabsetzung des allgemeinen und damit des uterinen Muskeltonus (milchsaures Calcium hilft auch hier, da es Anregung zur Beendigung der Menses infolge Beginn neuer Calciumanhäufung gibt); Herzleiden, Nervenstörungen, z. B. bei Verlobten (Kotarnin, Stypticin), Hyperthyreoidismus (Bettruhe, Weir Mitchell-Kur, milchsaures Calcium, Thyreoidektomie), Hyperlaktation bei zu langem Nähren (Roburantia, milchsaures Calcium) — 3. Dysmenorrhöe: Verursacht durch die meisten obenerwähnten Allgemeinstörungen. *Mohr* (Berlin).

Dalché: Sulle dismenorree cosidette essenziali e loro cura. (Die sogenannte essentielle Dysmenorrhöe und ihre Behandlung.) Clin. ostetr. Jg. 15, Nr. 20, S. 457—462. 1913.

Das wesentliche Moment liegt darin, daß keine besonderen anatomischen Veränderungen vorliegen, mitunter Entwicklungsstörungen, Empfindlichkeit des Collum ut. und der Ovarien, dabei sind die Frauen nervös, mehr oder weniger nahe der Hysterie. Einige Tage vor der Menstruation treten heftige Schmerzen auf, die alle Organe der Bauchhöhle treffen. Auch Herzstörungen können auftreten und Basedowsche Symptome. Sterilität ist nicht immer vorhanden. Therapeutisch verwendet Verf. Organpräparate von Thyroidea und Ovarium, daneben Brom, Opium usw. *Berberich.*

Drießen: Ungewöhnliche Ursache und Behandlung von Dysmenorrhöe. Nederl. gynaekol. Ges., Sitzg. v. 12. X. 1913, Amsterdam. (Holländisch.)

Eine 29jährige Virgo hatte seit ihrem 16. Jahre heftige, mehrere bis 9 Tage anhaltende Dysmenorrhöe. Der Schmerz wurde rechts lokalisiert. Von anderer Seite war bereits vor einigen Jahren Appendektomie verrichtet worden, die den Zustand unverändert ließ. Drießen fand rechts neben dem Uterus eine kleine, schmerzhafte Geschwulst, die er für das entzündete Ovarium hielt. Uterus bei Sondierung normal und schmerzlos. Nach erfolgloser resorbierender Behandlung Laparotomie. Dabei stellte sich heraus, daß der rechts gefühlte Tumor kein Ovarium, sondern ein kleines, atretisches rechtes Uterushorn war, in dessen Innerem sich nachträglich eine kleine Hämatometra fand. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich in diesem Fall um eine sekundäre, durch Entzündung hervorgerufene Atresie handelte (deutliche Demarkationslinie, welche das Horn und den nächsten Teil der rechten Tube abschnürte). Das Ost. abdominale tubae und r. Ovar waren makroskopisch normal. Pat. ist glatt geheilt und von ihrer Dysmenorrhöe endgültig befreit. *Stratz.*

Calhoun, F. Phinizy: The report of a case of optic atrophy caused by uterine hemorrhage. (Mitteilung eines Falles von Opticusatrophie infolge uteriner Blutung.) Ophthalmic rec. Bd. 22, Nr. 7, S. 358—361. 1913.

38jährige Nullipara, bei der sich 8 Tage nach einer normalen Menstruation eine so heftige Blutung einstellte, die jeder Behandlung trotzte, daß Patientin dem Tode nahe war. Als sie sich nach 10 Tagen ziemlich erholt hatte, entdeckte sie, daß sie total blind war. Erst nach 3 Wochen trat langsam eine Besserung ein. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich um eine Degeneration der Ganglienzellen des Opticus infolge der Ischämie. *Wiemer* (Herne).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Rosenthal, Eugen: Über ein einfaches Instrument zur Bestimmung der Bakterienmenge. (*St. Rochus-Spit., Budapest.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 38, S. 1751—1752. 1913.

An den unteren Teil eines dickwandigen konischen Zentrifugenglases ist eine Capillare von 1 mm Durchmesser angeschlossen; die Capillare selbst trägt in ihrer ganzen Höhe eine Millimetereinteilung. Zur Zählung gibt man nun 3 ccm einer 2 Tage alten Bouillonkultur in das Glas und zentrifugiert so lange, bis sich die Höhe der Bakteriensäule in der Capillare nicht mehr ändert; dann wird abgelesen. Auf diese Art kann der Keimgehalt verschiedener Kulturen vergleichsweise genau bestimmt werden. Die Methode dürfte bei der Antigenbereitung, sowie bei der Herstellung der verschiedenen Vaccine von großer Bedeutung sein. *Dunzelt* (München).ᴹ

Caravani, L.: L'azione degli autolizzati fetali e neoplastici, studiata in rapporto alla dose, negli animali normali e portatori di tumore maligno. (Die Einwirkung der Autolysate von Föten und Geschwülsten in verschieden großen Dosen auf normale und geschwulstkranke Tiere.) (*Istit. di clin. chirurg., univ., Roma.*) Tumori Jg. 2, Nr. 6, S. 653—661. 1913.

Die Injektion von Autolysaten führte zu folgenden Resultaten: In kleinen Dosen machen beide Arten von Autolysaten keine biologischen oder anatomischen Veränderungen. In mittleren und größeren Dosen sind neoplastische Autolysate toxischer als fötale. Das klare Autolysat wird besser ertragen als das Sediment. Die Geschwulstträger reagieren stärker als normale Tiere, besonders wenn die Injektion in die Geschwulst erfolgt. Hyperämie, Hämorrhagien, Leukocyteninfiltration, Degenerationserscheinungen aller Art in allen möglichen Organen sind die Folgen der Injektionen. *Baldes.*ᴹ

Allgemeine Therapie:

Freund, Leopold: Die Bestrahlung und chirurgische Behandlung maligner Neubildungen. (*Univ.-Klin. f. Geschlechts- u. Hautkrankh., Wien.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 43, S. 2078—2083. 1913.

Verf. bespricht die Unmöglichkeit, auf tiefer gelegene maligne Neubildungen mit Röntgen- oder Radiumstrahlen eine sichere Heilwirkung erzielen und eine sichere Voraussage des Heilerfolges machen zu können, wegen der ungenügenden Intensität, die hier zur Wirkung gelangt. Günstig dagegen liegen die Verhältnisse bei oberflächlich gelegenen Krebsen.

Es werden 176 Fälle von malignen Neubildungen, die innerhalb von 12 Jahren zur Behandlung kamen, besprochen; davon wurden 19 mit radioaktiven Substanzen und 157 mit Röntgenstrahlen behandelt.

Besprechung der Erfolge und der Technik, wobei Verf. bei oberflächlichen und nicht zu großen Tumoren besonders das kombinierte Verfahren der vorherigen Excochleation (nicht Kauterisation!) mit nachfolgender Bestrahlung für prognostisch sehr günstig hält, sofern nicht Komplikationen vorhanden sind. Gewarnt wird vor verfrühter Bezeichnung „geheilt".

Eine besondere Würdigung finden die Mammacarcinome. Bei allen 39 Fällen — außer 2 ungeheilten — vorübergehende kürzere oder längerdauernde Besserung, auch Beseitigung subjektiver Beschwerden erzielt. In 5 Fällen nach mehrjähriger Latenz unbeeinflußbare Rezidive. In einem Fall nach 4 Jahre lang fortgesetzter Röntgenbestrahlung vollständige Heilung.

Verf. ist der Ansicht, daß exulcerierte Mammacarcinome der Heilung durch Bestrahlung besser zugänglich sind als subcutane, er warnt dabei vor fester Naht nach Amputatio mammae. Es wird deshalb Heilung per secundam oder Thiersche Transplantation empfohlen. In bezug auf die Art der Wirkungen ist zwischen Röntgen-, Mesothorium- und Radiumstrahlen klinisch kein Unterschied vorhanden. *Lohfeldt.*

Haendly, Paul: Die Verwendung der strahlenden Energie in der Gynaekologie. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Therapeut. Monatsh. Jg. **27,** H. 11, S. 760—765. 1913.

Übersichtsreferat mit besonderer Berücksichtigung der in der Berliner Universitätsfrauenklinik angewandten Bestrahlungsmethoden. *Hoffmann* (Dresden).

Dessauer, Fréd.: La production des rayons pénétrants. (Die Erzeugung penetranter Strahlen.) Journal de radiol. Bd. **7,** Nr. 3, S. 235—238. 1913.

Verf. weist durch photographische Registrierung nach, daß die verschieden harten Strahlen des Strahlengemisches, wie sie jede Röhre aussendet, nicht simultan entstehen und ausgesandt werden, sondern zeitlich nacheinander derart, daß zunächst die harte, dann die mittelharte und am Ende eines solchen Strahlenbandes die weiche Strahlung emitiert wird. Beim jedesmaligen Einschalten der Röhre entsteht in dieser Weise eine komplexe Strahlung, die sich zeitlich auf $^4/_{1000}$ Sekunden erstreckt. Auf dieser Erfahrung fußend hat Dessauer einen Apparat konstruiert, bei dem die Röhre immer nur für die kurze Dauer der Entstehungszeit der penetranten Strahlung eingeschaltet ist. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Haret: Die Röntgentherapie der Uterusmyome. (Persönliche Erfahrungen.) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21,** H. 2, S. 148—151. 1913.

Bericht über 28 Fälle. In 26 Fällen konnte die Behandlung regelrecht durchgeführt werden. 24 positive Resultate; 2 Mißerfolge. In einem dieser 2 Fälle hatte man versucht, bei einer 71jährigen Frau, die keine Blutungen hatte, ein straußeneigroßes Myom zur Rückbildung zu bringen. Harets Bestrahlungstechnik bringt nichts Neues. *Goldschmidt* (Hannover).

Schwarz, Gottwald: Zur Frage der Sekundärstrahlentherapie. (*I. med. Univ.-Klin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26,** Nr. 46, S. 1899—1900. 1913.

An der Hand von eingehend beschriebenen und mit Abbildungen versehenen Bestrahlungsversuchen von Erbsenkeimlingen, durch welche erwiesen wurde, daß die unter Elektrargol bestrahlten eine erheblich größere Wachstumsschädigung erlitten, obwohl sie bedeutend weniger direktes Röntgenlicht erhielten als unter Wasser bestrahlte Keimlinge, kommt Verf. zu dem Schluß, daß der starken Sekundärstrahlung des Silbers diese Wirkung zukommt, und verspricht sich daher auch therapeutische

Erfolge von der Injektion kolloidalen Silbers in zu bestrahlende Geschwülste, weil Tier- und Pflanzenzelle sich hinsichtlich der röntgenologischen Wachstumsschädigung gleich verhalten. *Lohfeldt* (Hamburg).

Labeau, Roger: Traitement des sarcomes cliniquement diagnostiqués par la radiothérapie. (Behandlung klinisch diagnostizierter Sarkome mit Röntgenstrahlen.) Bull. offic. de la soc. franç. d'électrothérap. et de radiol. Jg. **21**, Nr. 5, S. 212—225. 1913.

In 5 Fällen, die klinisch, nicht mikroskopisch, als Sarkome festgestellt waren, wurde durch Behandlung mit Röntgenstrahlung teils Besserung, teils vollständige Heilung erzielt. Die Strahlen wurden exakt dosiert unter Anwendung von Filtern. Verf. tritt für einen weiteren Ausbau der Röntgentherapie ein, deren Erfolge denen der Radiumtherapie nicht nachständen. *Hochheimer* (Berlin).[CH]

Riehl, G.: Carcinom und Radium. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 41, S. 1645—1647. 1913.

Zunächst wird die Einrichtung der Wiener Zentrale für Radiumtherapie beschrieben. Sie ist zurzeit im Besitze von $1^1/_2$ g Radiumelement; der größere Teil ist aber erst seit August d. J. vollwertig verfügbar. Der Zentrale ist unmittelbar ein Ambulatorium angeschlossen, in dem auch Patienten der praktischen Ärzte der Stadt Behandlung finden; die stationäre Behandlung geschieht auf den von der Zentrale mit Radium versorgten Spezialabteilungen. Die zur Verwendung und Ausleihung kommenden Apparate sind nach Art des verwendeten Salzes, Gehalt an Radiumelement im ganzen Apparat und pro Kubikzentimeter Strahlungsfläche, sowie durch Angaben in Kurvenform über die zur Absorption ihrer β-Strahlung — die α-Strahlung bleibt durch die vorschriftsmäßige Umhüllung mit Kautschukpapier stets ausgeschaltet — nötigen Stanniolfilter in $^1/_{100}$ mm Dicke charakterisiert. Angaben dieser Art, also auch über das jeweils verwendete Filtermaterial und dessen Stärke, sind als unerläßliche Ergänzung zur Nominierung der mg-Stundenzahl stets beizufügen. Als Filtermaterial empfehlen sich wegen ihrer verhältnismäßig wenig irritierenden Sekundärstrahlung Platin und Aluminium; aus ersterem Metall werden jetzt die das Radium unmittelbar enthaltenden sog. Dominici-Röhrchen hergestellt. Bei der Tiefenbestrahlung, bei der ja Metallfilter eine Hauptrolle spielen, ist zwischen diese und die Haut zwecks Abhaltung der Sekundärstrahlen Watte, Papier od. dgl. einzulagern. Sekundärstrahlen kommen bei der Tiefenbestrahlung noch insofern in Betracht, als ihre Wirkung auf den in den Geweben entstehenden Sekundärstrahlen zu beruhen scheint. Versuche, die zu beeinflussenden Gewebe in dieser Richtung zu sensibilisieren, haben noch zu keinen sicheren Resultaten geführt. Bei Behandlung oberflächlicher Carcinome sind alle diese Verhältnisse von geringerer Wichtigkeit, da hierbei starke Filterung keinen Nutzen bringt. Bei Verwendung relativ geringer Mengen Radium hat sich hinsichtlich der Behandlung der Hautkrebse nichts Neues ergeben. Bei Applizierung großer Dosen (mehrere tausend mg-Stunden) gelang es, auch große Hautcarcinome noch günstig zu beeinflussen. Dasselbe war bei einem Mammacarcinomrezidiv (23 000 mg-Stunden) der Fall. Bei den großen Dosen wird aber auch das gesunde Gewebe der Umgebung mit geschädigt; eine indirekte Wirkung auf nicht mitbestrahlte Metastasen, Lymphdrüsen usw. ist auch dabei nicht nachweisbar. Bei Intensivbestrahlung muß man ferner selbst bei starker Filterung mit dem Auftreten von Nekrosen, wobei die Blutgefäße noch längere Zeit intakt bleiben, sowie mit einer mehr oder minder großen Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens rechnen. Zu schwache Bestrahlungen können andererseits einen Wachstumsreiz für die Geschwülste bilden. *Meidner* (Charlottenburg).[M]

Chéron, H., und H. Rubens Duval: Über den Wert der Radiumtherapie in der Behandlung der uterinen und vaginalen Krebse. (17. internat. Kongr. f. Med., London 6.—12. VIII. 1913.) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21**, H. 2, S. 229—238. 1913.

Die Hauptpunkte der Technik der Radiumbehandlung der inoperablen Carcinome der Cervix, des Uterus und der Vagina sind folgende: Anwendung der Methode der

ultrapenetrierenden Strahlung nach Dominici unter Verwendung massiver Dosen und Vermehrung der Filtration der Strahlen bei größerer Radiummenge. Die Radiumstrahlung übt auf die carcinomatöse Zelle eine elektive Wirkung aus, die schließlich zur Zerstörung derselben führt. Diese Wirkung geht in derselben Weise wie die spontane Abwehr des Organismus bei Bestehen eines Krebses vor sich. In zwei Fällen wurde die Heilung eines inoperablen Carcinoms der Cervix nach nur zweimaliger Bestrahlung erzielt. Diese Resultate wurden im ersten Fall durch Autopsie, im anderen durch histologische Untersuchung des hysterektomierten Organs festgestellt. Im letzteren Fall fanden sich aber in einer mitexstirpierten Beckendrüse lebende epitheliomatöse Zellen. Diese Behandlung ist also eine lokale und abhängig von der Reichweite der Strahlung. Der Wert der Radiumtherapie liegt aber nicht allein in den Heilungen, sondern ebenfalls in den bemerkenswerten Besserungen bei Fällen, die allen anderen therapeutischen Methoden trotzen.

Übersicht über 158 in oben beschriebener Weise behandelte Fälle; davon eine sichere, anatomisch nachgeprüfte Heilung; 155 Rückbildungen, von denen 93 sehr weitgehend und von diesen letzteren 46 wahrscheinlich Heilungen; in zwei Fällen negative Resultate.

Hoffmann (Dresden).

Keitler, H.: Zur Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses. (*Städt. Kaiserjubiläumsspit., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 45, S. 1839—1841. 1913.

Im Radium und Mesothorium besitzen wir nicht viel mehr als ein Palliativmittel. Operable Carcinome, auch eben erst beginnende, sind unter allen Umständen primär zu operieren, da niemandem die radikale Heilung durch Radium garantiert werden kann. Dagegen ist die Nachbehandlung der operierten Fälle mittels Bestrahlung berechtigt und erfolgreich. Zu warnen ist vor der Annahme, daß die Anwendung des Mesothoriums harmlos sei. Die Resorptionsvorgänge sind das Allgemeinbefinden ziemlich störende (Rp. häufige Reinigung des sezernierenden Schorfes; Desinfektion mit Jodtinktur; die Radiumdosen — wenn auch stark gefiltert — nicht über 12 Stunden hintereinander und mit Pausen von 2—6 Tagen liegen lassen!) Notwendig ist die Anpassung des Radiumträgers an die Form des Krebsgeschwürs und möglichste Annäherung des Mittels an die zu behandelnde Partie. Eventuell vorherige Durchtrennung der über dem Carcinom liegenden Gewebe (Scheidendammschnitt, Discision des Gebärmutterhalses oder Erweiterung desselben). Für die nicht zu weit über der Grenze der Operabilität stehenden Fälle dürfte die vorbereitende Radiumbehandlung von Wert sein.

Immelmann (Berlin).

Allaire, G.: A propos de quelques cas de Radiodermite. (Bemerkungen zu einigen Fällen von Radiodermatitis.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31**, Nr. 29, S. 561—570. 1913.

Da es einerseits als erwiesen anzusehen ist, daß es eine Idiosynkrasie gegen die Röntgenstrahlen gibt und andererseits Spätschädigungen, die auf einer Enarteritis obliterans beruhen, noch nach 6, 10 ja 14 Monaten beobachtet sind, ist bei Hauterkrankungen besonders auch bei der Hypertrichosis vor der Anwendung einer einmaligen Volldosis zu warnen. Die Annahme, daß die durch Aluminium filtrierten Strahlen die Haut weniger tangieren, kann zu arger Täuschung Anlaß geben, da die Reaktion der unter der Haut liegenden Gewebe nicht proportional der Reaktion der Haut selbst ist. Also: mittlere Dosen in größeren Zwischenräumen und achten auf die erste Rötung und Pigmentation, die als Zeichen einer beginnenden Dermatitis aufzufassen sind.

Immelmann (Berlin).

Bauer, Heinz: Report on roentgenometry. (Über Röntgenometrie.) (Internat. congr. of physiotherap., March 1913, Berlin.) Arch. of the Roentgen ray Bd. **18**, Nr. 6, S. 220—229 1913.

Verf. bespricht eingehend die Mängel des heutigen Dosierungsverfahrens und erklärt ihre Ursachen: Inhomogenität der Strahlung und variable Spannung während des Betriebes der Röhre. Erstere läßt sich beseitigen durch eine Röhre, innerhalb welcher nur Sekundärstrahlung, deren Qualität allein von dem Atomgewicht des betreffenden Metalls abhängt, in dem sie erregt wird, zur Verwendung kommt (Verf. beschreibt die von ihm konstruierte „Sekundär-X-Strahlen-Röhre" genau). Um eine konstante Spannung zu erlangen, müßte man statt der unterbrochenen Hochspannungs-

ströme konstante Stromquellen von hoher Spannung verwenden. Unter Würdigung der technischen Schwierigkeiten weist Verf. auf die Möglichkeit hin, solche Ströme durch Hochspannungskondensatoren zu erlangen, die von den gebräuchlichen Hochspannungstransformatoren gespeist werden könnten. Rhythmeur wäre zur Schonung der Röhre erforderlich. Durch diese Methode würden Quantimeter und Milliampèremeter absolute und für die Dosierung verwertbare Instrumente werden. *Lohfeldt.*

Müller, Christoph: Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlenwirkung radioaktiver Substanzen, besonders des Mesothoriums und der Ersatz derselben durch Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 44, S. 2448 bis 2450. 1913.

Verf. vertritt die Ansicht, daß zwischen den γ-Strahlen radioaktiver Substanzen und den Röntgenstrahlen kein prinzipieller Unterschied sei, und ist der Ansicht, daß die Heilwirkung ersterer auf maligne Geschwülste lediglich den im Filter erzeugten starken Sekundärstrahlen zu verdanken ist, die identisch sind mit den β-Strahlen. Darauf beruht auch die sich nur etwa auf eine Tiefe von 7 cm erstreckende Heilwirkung der Mesothorium- und Radiumstrahlen, und zwar soll der Heilungseffekt mit dem starken Ionisierungsvermögen der β-Strahlen, das 100 mal größer als dasjenige der γ-Strahlen ist, in Zusammenhang stehen. Verf. will nun mit Hilfe des Röntgenverfahrens dieselben starken β-Sekundärstrahlen erzeugen unter Anwendung eines Metallfilters von bestimmtem Atomgewicht und genau bestimmbarer Dicke als Ersatz der Mesothoriumfilterkapsel, und will hiermit bei einer Reihe von Fällen die gleichen Erfolge gehabt haben, wie die bekannt gewordenen durch Mesothoriumbehandlung erreichten Erfolge. *Lohfeldt* (Hamburg).

● **Christen, Th.: Messung und Dosierung der Röntgenstrahlen. Mit e. Vorwort v. Albers-Schönberg.** Hamburg: Gräfe-Sillem. 1913. VIII, 122 S., 5 Taf. M. 12.–.

Ackermann, Fr.: Der heutige Stand der Lichtheilmethode. Dissertation. Berlin 1913.

Schmerz, Hermann: Improvisierte Heißluftapparate. (*Chirurg. Univ.-Klin., Graz.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 39, S. 2169—2172. 1913.

Von der Idee ausgehend, daß bei der Vergrößerung des Indikationsbereichs der Heißluftapplikation besonders die Teuerkeit der käuflichen Apparate einer weiteren Verbreitung im Wege sei, gibt Verf. eine genaue Beschreibung einer Technik, mit Hilfe deren er aus einfachsten Materialien und mit geringsten Kosten sich lange Zeit brauchbare Heißluftapparate baut. Zunächst fertigt er sich ein Grundgerüst aus gewöhnlichem Drahtgitter, wie es für Hühnerställe etwa Verwendung findet, an. Nachdem der spätere Kasten in Tonnenform — für die Extremitäten in Mondsichelform — für Bauch und Rumpf vorgebildet sind, wird das Ganze zu einem festen Kasten durch Überkleiden mit Gipsbinden gemacht. — Bei den Kästen für die Extremitäten bleibt die eine Seite offen, die andere wird mit Gipsbinden geschlossen. Aus dem Kasten werden herausgearbeitet noch Öffnungen zum Einführen des Zu- und Abzugsrohres, weiter noch eine Öffnung zum Einklemmen des durch einen Kork gesteckten Thermometers. An das offne Ende wird ein Stück Stoff rundum genäht, das um die eingeführte Extremität abdichtend zusammengebunden werden kann. Auf diese einfache Weise können den verschiedensten Körpergegenden anzupassende Apparate bequem und schnell — für einen Apparat etwa 2 Stunden — angefertigt werden. Die Kosten werden für einen solchen mit etwa 3,50 Mark berechnet. — Auf Vorschlag von Prof. v. Hacker können die Apparate mit dem Mirtlschen Heizofen kombiniert werden, was den Vorteil hat, daß Abgase und Wasserdampf durch einen Kamin hinwegbefördert werden. — Sonst wird zur Heizung eine Gas- oder Spiritusflamme verwendet, deren Heizgase mittels eines Stückchens engem Ofenrohr in den Apparat eingeführt werden. Statt mit Gipsbinden können solche Apparate auch nach dem Prinzip einer Eisenbetonkonstruktion aus Eisen und Zement hergestellt werden. *Neumann* (Heidelberg).[CH]

● **Schnee, Adf.: Kompendium der Hochfrequenz in ihren verschiedenen Anwendungsformen einschließlich der Diathermie.** Leipzig: Otto Nemnich. 1913. M. 10.—.

Pesnel: La phlébite et les maladies de la femme à Bagnoles-de-l'Orne. (Phlebitis und Frauenleiden in Bagnoles-de-l'Orne). Thèse. Paris 1913.

Pic, Adrien: Diurétiques hydruriques chloruriques et azoturiques. (Die wassertreibenden, die chlortreibenden und die stickstofftreibenden Diuretica.) Paris méd. Jg. **1912/13,** Nr. 48, S. 490—498. 1913.

Da die Physiologie der Harnsekretion noch nicht so weit vorgeschritten ist, um eine endgültige Klassifikation der Diuretica zu erlauben, teilt Pic dieselben ein nach ihrer Wirkung, die dem Urinbefunde zu entnehmen ist. Die hauptsächlichen Diuretica werden nach der im Titel angegebenen Gruppierung bezüglich ihrer Wirkung und ihrer Dosierung besprochen. Bezüglich der Einzelheilten muß auf das Original verwiesen werden. *Colmers* (Koburg).

Allgemeine Chirurgie:

Süpfle, K.: Die Desinfektionswirkung von Alkohol-Seifenpasta. (*Hyg. Inst., Univ. München.*) Arch. f. Hyg. Bd. **81,** H. 1, S. 48—57. 1913.

Auf Veranlassung des bayerischen Ministeriums des Innern wurden im hygienischen Institut zu München Versuche über eine von der Firma L. C. Marquart in den Handel gebrachte Alkoholseife angestellt mit der Absicht, zu prüfen, ob sich das Präparat zur Verwendung in der Hebammenpraxis eigne. Das Ergebnis der eingehenden Prüfung auf die bactericide Fähigkeit dieser Alkoholseifenpasta war ein sehr günstiges. Wenn für die einzelne Desinfektion 17—18 g der Alkoholseife bei einem Alkoholgehalt von 80% verwendet werden, so kann sie als ein geeigneter Ersatz des flüssigen Alkohols bezeichnet werden. Allerdings wurde die Prüfung nicht an desinfizierten Händen angestellt, sondern es wurde die Alkoholseife direkt mit Bakterienaufschwemmungen oder mit solchen Bakterien in Berührung gebracht, welche an einem Pinsel angetrocknet waren. Es muß also wohl noch dahingestellt bleiben, ob sich das Präparat auch im klinischen Versuch bewähren wird. Auf einen sicheren Verschluß der Gläser, welche die Alkoholseife enthalten, ist zur Vermeidung von Alkoholverlusten durch Verdunstung besonderer Wert zu legen. *M. v. Brunn* (Bochum).[CH]

Bilhaut, père, M.: Nettoyage de la peau avant les opérations chirurgicales. (Die Hautreinigung vor chirurgischen Operationen.) Ann. de chirurg. et d'orthop. Bd. **26,** Nr. 9, S. 257—259. 1913.

Bilhaut hält den Jodanstrich für ungenügend und fürchtet den Jodismus. Er bürstet die Haut mit Seifenwasser, spült sie mit 1 proz. Lösung von Hydr. oxycyanatum, wäscht dann mit Äther, Sublimatalkohol mit Thymol und bleibt dabei. *Herzfeld* (Berlin).[CH]

Weiler, Fr.: Die anatomischen Veränderungen bei der Sublimatvergiftung des Kaninchens in ihrer Abhängigkeit vom Gefäßnervensystem. Dissertation. Berlin 1913.

Traube, J.: Über Narkose und verwandte Erscheinungen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 39, S. 1876—1878. 1913.

Durch einen Stoff mit narkotischen Eigenschaften wird die Oberflächenspannung des Wassers verringert, ebenso wie sein Binnendruck. Der Haftdruck dieser Substanzen zum Wasser ist gering und sie wandern in die Oberfläche der wässerigen Lösung, von wo aus sie die größten Möglichkeiten haben in die Zellen einzudringen, gleichgültig, ob diese Lipoide enthalten oder nicht. Stoffe homologer Reihen, Alkohole, Ester, Ketone usw. bringen nun die gleiche Erniedrigung der Oberflächenspannung hervor, wenn ihre Konzentrationen im Verhältnis von $1 : 3 : 3^2 : 3^3 \ldots$ stehen. Dieses Gesetz hat sich für eine ganze Reihe biologischer Vorgänge als richtig erwiesen. Je mehr ein Körper die Oberflächenspannung vermindert und je mehr er deshalb narkotisch wirkt, um so größer ist seine Fähigkeit, Eiweiß, Lipoide usw. zu fällen. Daraus ergibt sich die Verminderung der Oxydationsvorgänge in der Narkose, da kolloide Fermente (aus Eiweiß) eine Übertragung des Sauerstoffs auf die oxydablen Stoffe vermitteln. *Kochmann.*[M]

Buengner, v.: Der heutige Stand der Lokalanästhesie. (Ärztl. Kreisverein, Mainz, Sitzg. v. 14. X. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 46. S. 2595. 1913.

Bei den Laparotomien läßt sich unter richtig ausgeführter Technik die Anlegung, der Verschluß eines Anus praeternaturalis usw. völlig schmerzlos ausführen. Bei Hernien, Hämorrhoiden ist die Lokalanästhesie die Methode der Wahl. Das kleine Becken wird insensibel durch die Anästhesierung des N. pudendus und pelvicus nach Franke und Posner. Reicht die Lokalanästhesie nicht aus, so wird vorübergehend Ätherrausch oder Äthertropfnarkose angewandt. *Runge* (Berlin).

Woolsey, William C.: General anesthesia in the surgery of childhood. (Allgemeine Narkose in der Kinderchirurgie.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 11, S. 847—850. 1913.

Verf. bespricht zunächst einige Fehler, die seiner Erfahrung nach bei der Chloroform- und Äthernarkose an Kindern gemacht werden. Beim Chloroform ist es besonders gefährlich, wenn bei Apnöe, wie sie durch Anhalten der Atmung oder durch Glottiskrampf oder Ansammlung von Blut und Speichel im Pharynx zustande kommt, mit dem Zutropfen des Chloroforms nicht pausiert wird. Es stellt sich dann innerhalb der Maske eine hohe Chloroformkonzentration her, die beim Wiederbeginn der dann tiefen Atmung rasch ins Blut gelangt und zur Vergiftung des Atmungszentrums führt. Beim Äther ist die schleimhautreizende Wirkung von Übel, die dazu führt, daß Apnöe infolge Schleimverschlusses der Luftwege abwechselt mit Überdosierung des Äthers, wodurch wiederum die Kinder geschädigt werden. Bei Kindern läßt sich besonders leicht die intratracheale Insufflationsnarkose durchführen. Sie gewährt große Vorteile, weil Asphyxien durch Aspiration von Blut und Schleim ausgeschlossen sind. Die Einführung des Gummikatheters durch die Glottis ist unter Leitung des Zeigefingers der linken Hand bei Kindern besonders leicht. Im übrigen empfiehlt es sich, bei Kindern zur Einleitung der Narkose Stickoxydulgas oder 25 proz. Orangeessenz auf eine Maske getupft zu geben, dann soll Chloroform und hierauf Äther gegeben werden. An der Hand einer Abbildung wird die Apparatur beschrieben, die Verf. für diese Narkose benutzt. Bei Operationen an den Tonsillen empfiehlt Verf. durch die Nase einen oder zwei weiche Gummikatheter in den Pharynx einzuführen, deren Enden gerade über der Glottis stehenbleiben. Durch diese Röhre werden mit Hilfe einer Fuß- oder einer elektrisch betriebenen Pumpe Ätherdämpfe zugeführt. Bei Narkosenatmungskollapsen entsteht infolge der enormen Muskelanstrengungen, Luft zu bekommen, in den Atmungswegen ein negativer Druck, der die Epiglottis an die Stimmbänder ansaugt. Beim Versuch, zur Insufflation ein Rohr in die Trachea zu schieben, wurde die Beobachtung gemacht, daß die Epiglottis nur mit Gewalt mit dem Finger von den Stimmbändern unter Auslösung eines Geräusches getrennt werden konnte, wie man es bei der Entfernung eines Flaschenkorkes auslöst. Hieraus geht hervor, daß zur Wiederbelebung die tracheale Intubation und Insufflation die besten Chancen gibt. *Läwen*.[CH]

Graham, Evarts A.: Further observations on the relation of fats to anesthesia. (Weitere Betrachtungen über die Beziehung von Fetten zur Anästhesie.) (*Rush med. coll., Chicago.*) Transact. of the Chicago pathol. soc. Bd. **9**, Nr. 2, S. 49 bis 51. 1913.

Graham hat in früheren Arbeiten ausgeführt, daß das Darniederliegen der Phagocytose nach der Äthernarkose durch Darreichung von Fett nach der Narkose abgekürzt werden kann. Wenn man z. B. Olivenöl gibt, ist Erbrechen und Übelkeit nach der Narkose geringer. Dagegen ist von Ferguson eingewandt worden, daß der auszuscheidende Äther durch das Fett absorbiert wird und so im Körper bleibt. Daher hat G. Hunde mit Äther narkotisiert und einem Teil Wasser, einem anderen Öl gegeben. Die ersteren waren bei gleicher Äthermenge viel tiefer narkotisiert und erbrachen, während die letzteren keine Nacherscheinungen zeigten. G. schließt daraus, daß das Fett die Absorption des Äthers im Magendarmkanal sogar verhindert. Klinisch wurde konstatiert, daß von 112 ohne Fett Narkotisierten 60% erbrachen, von 270 mit Fett dagegen nur 23%. *Schlesinger* (Berlin).[CH]

● **Hammes, Th.: La narcose théorique et pratique. Trad. par C. Dam, avec préf. du Th. Tuffier.** (Theorie und Praxis der Narkose.) Paris: O. Doin et fils. 1913. 280 S. Frcs. 5.—.

● **Braun, Heinr.: Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung. Ein Hand- und Lehrbuch. 3. v. umgearb. Aufl.** Leipzig: J. A. Barth. 1913. XV, 486 S. M. 15.—.

Payne jr., Robert L.: A new abdominal retractor. (Ein neuer Abdominalhalter.) Virginia med. monthly Bd. 18, Nr. 12, S. 303—304. 1913.

Lescuras: Le traitement des plaies par la teinture d'iode. (Behandlung von Wunden mit Jodtinktur.) Thèse. Paris 1913.

Reynès, Henri: Le lever précoce des laparotomisées. (Frühaufstehen Laparotomierter.) (17. congr. internat. de méd., London, 11. VIII. 1913.) Gynécol. Jg. 17, Nr. 8, S. 449—467. 1913.

Verf. ließ zum ersten Male 1902 eine Patientin mit Ovarialkystom am 8. Tage nach der Operation aufstehen und schickte sie am 15. Tage mit völlig fester Narbe nach Hause. In den letzten Jahren ist das Verfahren des Frühaufstehens nach Bauchschnitten immer mehr in Aufnahme gekommen; die Gegner haben die Methode sicher nicht genügend erprobt; denn die Mängel, welche sie dem neuen Verfahren vorwerfen, Hämorrhagien, Eventrationen, Phlebitiden, mangelnde Festigung der Narben sind gerade Folgen des alten Verfahrens, Laparotomierte bis zu 3 Wochen im Bette zu halten. Für die neue Methode kommen außer allen Schnitten am Oberbauche auch Appendicitiden, Hernien und alle gynaekologischen Operationen in Frage. Verf. teilt eine größere Zahl von Fällen mit, bei denen er Patientinnen nach großen abdominalen Eingriffen am 2.—4. Tage nach der Operation aufstehen ließ und durchschnittlich am 12.—14. Tage mit tadellos verheilter, fester Narbe nach Hause schicken konnte. Kleine Abscesse oder Temperaturen bis 38,4 bilden keine Gegenanzeige. Um die Erfolge des Frühaufstehens sicherzustellen, bedarf es einer Anzahl von Vorbedingungen. Die Narkose soll nach dem Tropfverfahren und unter reichlicher Zufuhr von Luft ausgeführt werden; Verf. bedient sich eines Gemisches von Chloroform, Alkohol absol. und Äther im Verhältnis 2: 1: 1 und rühmt bei sparsamem Verbrauch die außerordentlich geringen Nachwirkungen; Erbrechen kommt kaum vor. Schonendes Operieren unter Vermeidung unnötigen Quetschens von Gewebe, möglichst ausschließlichen Gebrauch von Instrumenten, Peritonealisierung aller abdominalen Wundflächen unter Vermeidung von Taschenbildungen garantieren den unbedingt erforderlichen reaktionslosen Wundverlauf. Dreischichtige Bauchnaht, für die versenkten Nähte Catgut, für die Haut Michelsche Klammern, die am 4. Tage entfernt werden. Schon während des Liegens im Bette läßt er die Kranken Bewegungen mit Armen und Beinen ausführen und legt beim ersten Aufstehen eine Bruchbinde in Form einer doppelten Spica an. *Rittershaus.*

Galesne, Charles: La position de Fowler et son application dans le traitement post-opératoire des laparotomies laborieuses. (Die Fowlersche Lage und ihre Anwendung in der postoperativen Behandlung nach schwierigen Laparotomien.) Montpellier méd. Bd. 37, Nr. 39, S. 289—299 u. Nr. 40, S. 321—327. 1913.

Weitausgreifende Abhandlung über Geschichte, physiologische Begründung, technische Anwendung und Ergebnisse der nach den Fowlers benannten Lagerung Laparotomierter. Durch Zufall entdeckt hat dieselbe ihre ersten und unbestrittensten Erfolge bei der postoperativen Peritonitisbehandlung gefeiert. Sie besteht in Tieflagerung der Beckengegend durch passende Unterstützung des Oberkörpers in einem Neigungswinkel von 35 bis 60° zur Horizontalen; ein Herabgleiten aus dieser Stellung wird, ohne den Kranken durch Anstrengung zu belästigen, mittels eines Planum inclinatum duplex für die im Kniegelenk gebeugten Beine verhindert, so daß die gesamte Lagerungsfläche aus einem System von drei, zweimal annähernd rechtwinkelig aneinandergefügten Ebenen besteht. Durch das Tieflegen der Beckengegend wird die Ansammlung der septischen Produkte an jener Stelle des Bauchfells begünstigt, welche aus anatomischen Gründen die geringste Fähigkeit zur Resorption derselben besitzt und außerdem am geeignetsten zur Drainage ist. Kreislauf, Atmung und Darmtätigkeit erfahren eine wesentliche Förderung, welche in der kritischen Zeit der ersten 24—48 Stunden nach der Operation am meisten zur Geltung kommt. Verf. hält die außerordentliche Wirksamkeit der Methode in der operativen Peritonitisbehandlung nicht nur für erwiesen, sondern schreibt ihr auch eine hervorragende Bedeutung als vorbeugende Maßnahme für jene Laparotomien zu, welche erfahrungsgemäß der Gefahr einer Bauchfellinfektion besonders ausgesetzt sind. *Fieber.*CH

Windesheim: Zur Therapie der schweren Anämie. (*Städt. Krankenh. Erfurt.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 60, Nr. 40, S. 2235. 1913.

Im Verlaufe von mehreren Wochen vorgenommene intraglutäale Injektionen

von je 10 ccm frisch entnommenen körperwarmen Menschenbluts waren bei einer hochgradigen Anämie von ausgezeichnetem Erfolge. *Dunzelt* (München).*

Bockenheimer, Ph.: Chirurgische Eingriffe bei Stoffwechselerkrankungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 18, S. 552—558. 1913.

Im ersten Teile behandelt Bockenheimer im allgemeinen die großen Schwierigkeiten, mit denen der Chirurg bei Eingriffen an Stoffwechselkranken zu kämpfen hat. Auf äußerst vorsichtige Vorbereitung und Untersuchung dieser Kranken muß besonders Gewicht gelegt werden. Stets sollte ein geübter Internist mitbehandeln. Die Wahl des Anaestheticums ist von großer Bedeutung. Niemals soll Chloroform bei Stoffwechselkranken angewandt werden, als allgemeines Anaestheticum soll Äther in Verbindung mit Morphium, Bromural oder Scopolamin dienen. Wenn möglich wird von Lumbal-, Venen- oder Lokalanästhesie Gebrauch gemacht; letztere ist bei Fettsüchtigen wegen der Gefahr von Nekrosen bedenklich. Die Bactericidie erhöht man vor der Operation durch subcutane Kochsalz- oder Kochsalznucleininfusionen. Peinlichste Asepsis ist selbstverständlich; möglichste Schnelligkeit beim Operieren wird gefordert. Bei Fettsüchtigen ist außer dem oben Gesagten auf exakteste Blutstillung zu achten, ausgiebig ist für Drainage zu sorgen. Die Orientierung kann bei Laparotomien Fettsüchtiger außerordentlich erschwert sein. In der Nachbehandlungszeit sollen die Patienten frühzeitig aufstehen. Die Gicht ist wegen der häufigen Verbindung mit Granularatrophie der Nieren zu fürchten. Lokalanästhesie ist im Gebiet von Tophi zu vermeiden, nur im größten Notfalle soll überhaupt in diesem Gebiete operiert werden. Tophi an sich stellen ein „Noli me tangere" dar. Innerlich ist Salzsäure zu geben, um Anfälle nach der Operation zu vermeiden. Nach Operationen an Gichtkranken zurückbleibende Fisteln oder Geschwüre werden günstig durch Röntgenstrahlen oder Bäder (Wiesbaden) beeinflußt. Am meisten gefürchtet sind mit Recht Eingriffe bei Diabetikern. Ist die Operation nicht sofort indiziert, so soll vor der Operation eine antidiabetische Kur eingeleitet werden. Möglichst Lokalanästhesie, kein Jodoform, eher Campherwein oder Salbe, häufiger Verbandwechsel. Bei Furunkeln und Karbunkeln erst kleine Incisionen und Saugbehandlung, beim Weiterschreiten der Infektion rücksichtsloser Gebrauch des Messers. Bei Furunkulose leistet die Opsoninbehandlung manchmal Gutes. Bei diabetischer Gangrän darf man nicht zu konservativ vorgehen. Geht der Zuckergehalt nach der Operation in die Höhe, so ist Gefahr im Verzug, dieser Zustand soll wie das diabetische Koma mit Herzmitteln, Kochsalzinfusionen und großen Natrium-bicarbonicum-Dosen bekämpft werden. *Mendelsohn* (Straßburg i. E.).CH

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Warden, Carl C.: The rôle of staphylococcus in gonorrhea. Studies on the gonococcus. 2. (Die Rolle des Staphylokokkus bei der Gonorrhöe. Studien über den Gonokokkus II.) Journal of infect. dis. Bd. **13**, Nr. 1, S. 124 bis 135. 1913.

Die mikroskopischen Untersuchungen und Kulturversuche geben dem Verf. die Grundlage zu den Ergebnissen seiner Studien: 1. Viele, wenn nicht alle gramnegativen, intracellulären, biskuit- oder kaffeebohnenförmigen Kokken, die sich in dem eitrigen Ausfluß bei akuter Gonorrhöe finden und die als Gonokokken und Kriterien der Diagnose angesehen werden, sind gar keine Gonokokken, sondern gehören zur Gruppe der Staphylokokken. Als vorläufige Bezeichnung ist Staphylococcus urethrae gewählt. 2. Wirkliche Gonokokken sind nur schwierig oder gar nicht in gonorrhoischen Ausstrich- oder Gewebepräparaten nachweisbar. 3. Die Gonorrhöe ist eine Doppelinfektion und beruht auf einer mikrobiellen Symbiose. 4. Die Diagnose Gonorrhöe ist nur durch Kulturmethoden möglich. Das alte Kriterium, das mikroskopische Aussehen in Ausstrichen, ist nicht maßgebend. — Abbildungen von mikroskopischen Präparaten und Kulturen sind beigefügt. *Blanck* (Potsdam).

Franqué, Otto von: Pathologie und Therapie der Genitaltuberkulose des Weibes. Tuberkulose und Schwangerschaft. Würzburg. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. Bd. **14**, H. 1, S. 1—38. 1913.

v. Franqué bespricht die Ätiologie der Genitaltuberkulose des Weibes, wobei er hervorhebt, daß die Tuberkulose der Genitalien fast immer an den Tuben beginnt, während die Ovarien auffallend widerstandsfähig sind. Primäre Sterilität und Dysmenorrhöe sind oft Folgen der Genitaltuberkulose, noch bedenklicher ist die durch Genitaltuberkulose geschaffene Disposition zur Carcinomentwicklung. Er betrachtet dann nacheinander die Tuberkulose der einzelnen Genitalorgane. Die operative Behand-

lung kommt in erster Linie in Betracht und zwar entweder nur Excision der Tuben oder Radikaloperation. Im zweiten Vortrag beschäftigt sich der Verf. mit der Frage der gegenseitigen Beeinflussung von Tuberkulose und Schwangerschaft. Die Tuberkulose der Placenta ist sehr viel häufiger als man früher annahm, trotzdem ist aber die Übertragung der Tuberkulose auf die Kinder intrauterin oder intra partum selten und auch der Begriff einer kongenitalen Disposition ist noch nicht genügend begründet, so daß die Unterbrechung der Schwangerschaft mit Rücksicht auf die Frucht nicht berechtigt ist. Die Frage: ist der Einfluß der normalen Schwangerschaft auf bestehende Lungentuberkulose ein so verhängnisvoller, daß es berechtigt ist, die Schwangerschaft zu opfern, um die Mutter zu retten, muß entschieden bejaht werden. Die Unterbrechung kann selbstverständlich nur in Frage kommen, wenn von derselben eine Besserung des Zustandes der Mutter zu erwarten ist. Ist die Tuberkulose so weit fortgeschritten, daß es ausgeschlossen erscheint, dem Krankheitsprozeß Einhalt zu tun, so wird man auf das Kind Rücksicht zu nehmen haben. Je früher die Schwangerschaft unterbrochen wird, desto aussichtsreicher ist es für den günstigen Verlauf der Tuberkulose. Nun muß man auch dafür sorgen, daß die Frau nicht wieder schwanger werden kann, also operative Sterilisation oder vaginale Korpusamputation zwecks Ausschaltung der nach v. Bardeleben gefährlichen Placentarstelle. *Klein* (Straßburg i. E.).

Cooke, A. D. Serrell: Tuberculin in the diagnosis and treatment of tuberculosis. (Tuberkulin in Diagnose und Behandlung der Tuberkulose.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 5, S. 662—668. 1913.

Ohne Interesse für den Gynaekologen. *Mohr* (Berlin).

Allgemeines über Geschwülste:

Delrez, L.: Le sérodiagnostic du cancer. (Die Serodiagnostik des Krebses.) Scalpel et Liège méd. Jg. **66**, Nr. 14, S. 219—221. 1913.

Von allen nichtklinischen Erkennungsmethoden des Krebses scheint zurzeit das Abderhaldensche Dialysierverfahren den größten Wert zu haben. *Posner* (Jüterbog).CH

Greenwald, Isidor: The reaction of Salomon and Saxl as a diagnostic test for carcinoma. (Die Reaktion von Salomon und Saxl als diagnostische Probe für Krebs.) (*Montefiore Home.*) Arch. of internal med. Bd. **12**, Nr. 3, S. 283—287. 1913.

Der Autor fand die Schwefeloxydationsreaktion von Salomon und Saxl für die Diagnose Krebs nicht verwertbar, da die von ihm gefundenen Unterschiede auch bei quantitativer Auswägung sich nicht in diagnostischem Sinne verwerten ließen. — Greenwald wich in der Technik der Reaktion von den Originalarbeiten Salomons und Saxls ab, unter anderem dadurch, daß er die von ihnen empfohlenen Barytfilter nicht verwendet hat; ferner hat G. nur ganz kachektische Krebsfälle untersucht, der Meinung Ausdruck gebend, daß die Kachexie, als ein so häufiges Symptom der Carcinome, die Reaktion nicht in negativem Sinne beeinflussen dürfe, wie das von früheren Autoren angegeben wurde. *Saxl* (Wien).M

Almagià, M.: Considerazioni ed esperienze sui tumori degli animali. (Betrachtungen und Untersuchungen über die Geschwülste der Tiere.) (*Istit. di patol. gen., univ., Roma.*) Tumori Jg. **2**, Nr. 6, S. 641—649. 1913.

Verf. beobachtete ein bei Ratten seltenes, wahrscheinlich malignes Adenom. Es gelang ihm nicht, die Geschwulst auf andere Ratten zu überimpfen. Bei zwei Hunden mit Spontantumoren konnte er eine wechselseitige Überimpfung der Tumoren nicht mit Erfolg durchführen, während die Tiere für den eigenen Tumor empfänglich waren. Die Uhlenhuthschen Versuche mit Immunisierung gegen Tumorübertragung durch vorherige Einimpfung des gleichen Tumors erzielten bei ihm ein negatives Resultat. Dem Verf. spricht dies jedoch nicht gegen die Richtigkeit der Uhlenhuthschen Anschauung, sondern nur dafür, daß die Eigenschaften der einzelnen Tumorstämme verschieden seien. — Ein Osteosarkom, das bei einer Ratte beobachtet wurde, erwies sich als nicht übertragbar in einer Versuchsreihe von 12 Ratten. Verf. nimmt an, daß es bei den Überimpfungsversuchen sehr auf die Art der Übertragung ankomme. So be-

sitzt er einen Stamm von Rattensarkom, das, in den Schwanz eingespritzt, immer angeht und reichlich Metastasen macht. Bei einem anderen Rattensarkom ist die erfolgreiche Überimpfung immer von Fettleber begleitet. In diesen Fällen also sind Analogien mit menschlichen Tumoren vorhanden. Man kann nicht sagen, daß zwischen tierischen und menschlichen Geschwülsten ein prinzipieller Unterschied bestehe, wie man ja auch nicht die Virulenz der Pneumokokken leugnen kann, weil der Pneumokokkus beim Tier eine Sepsis und keine Pneumonie verursacht. *Baldes.*[M]

Robin, Albert: La question des chlorures urinaires chez les cancéreux. (Zur Frage des Kochsalzgehaltes des Urins bei Carcinomkranken.) Bull. gén. de thérapeut. Bd. **165**, Nr. 12, S. 433—448. 1913.

Es wurde bisher beim Carcinom großer Wert sowohl auf die Vermehrung als auch auf die Verminderung der Kochsalzausscheidung durch die Nieren gelegt. In Wirklichkeit bestehen aber keine direkten Beziehungen zwischen dem Carcinom und der Kochsalzausscheidung. Man weiß jedoch, daß bei mangelhafter Ernährung die Menge des Kochsalzes im Harn sinkt, d. h. die ausgeschiedene Kochsalzmenge steht in direktem Verhältnis zur Menge der zugeführten Nahrung. Finden sich im Harn eines Krebskranken — unabhängig vom Sitz der Krankheit — normale Mengen von Kochsalz, Stickstoff und anorganischen Bestandteilen, dann handelt es sich um ein lokalisiertes Carcinom und zwar, falls die Harnanalyse sich nicht ändert, um ein langsam fortschreitendes. Ist die Kochsalzausscheidung vermindert, die Stickstoffmenge dagegen normal, dann ist die Ernährung herabgesetzt und es bedeutet ein schnelles Fortschreiten der Krankheit. Sind Kochsalz und Stickstoff gleichmäßig herabgesetzt, so ist hierfür der Grund Kachexie oder Inanition. Diese Resultate können also wohl für eine palliative Therapie von Nutzen sein, nicht aber für die Diagnostik. Eine Retention von Chlorsalzen in der Leber gibt es beim „gutartigen" Carcinom nicht, wohl aber beim schnell wachsenden. Beim Krebs des Verdauungskanals scheint die Tendenz zu bestehen, Kochsalz im Blute zurückzuhalten, doch bedeutet dies auch kein spezifisches Diagnosticum, da man die gleiche Erscheinung auch bei chronischer Gastritis beobachtet. *Stadler* (Wilhelmshaven).[CH]

Burzi, G.: Contributo alla chemioterapia del cancro e della tubercolosi cutanea col lecitinato di rame. (Beitrag zur Chemotherapie der Krebse und Hauttuberkulosen mittels Kupferlecithin.) (*Clin. dermosifilopat., univ., Torino.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **34**, Nr. 119, S. 1242—1244. 1913.

Percutane, intravenöse und intramuskuläre Darreichung von löslichen Kupfer- und ebenso Goldsalzen zeigten keinerlei Heilwirkung bei Lupus und Cancroiden. Die Goldsalze ließen sehr unangenehme toxische Folgeerscheinungen erkennen. *Strauß* (Nürnberg).[CH]

Guenot, Et.: Cancer et hérédité. (Krebs und Vererbung.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 106, S. 1658—1660. 1913.

In einer guten tabellarischen Übersicht gibt Verf. einen Bericht über eine selbst beobachtete Reihe von Carcinomfällen in derselben Familie. Von 6 Geschwistern starben 2 früh an unbekannten Leiden, die übrigen 4 in hohem Alter sämtlich an Magenkrebs. Die Gatten von zwei dieser Fälle starben ebenfalls an Magenkrebs. Unter den 12 Nachkommen dieser Carcinomträger erkrankten wiederum 4 an Magenkrebs, und zwar starben sie in weit jüngeren Jahren als die Eltern und stammten von den Töchtern der ersten Reihe ab, deren Männer ebenfalls an Carcinom gestorben waren. In den beiden nächsten Generationen wurde kein Fall von Carcinom mehr festgestellt; sie befinden sich allerdings zum Teil noch in jugendlichem Alter. Übereinstimmend mit den Ergebnissen anderweitiger Beobachtungen zieht Verf. aus diesen Fällen den Schluß, daß es carcinomatöse Familien gibt, in denen der Krebs eines bestimmten Organs sich vererbt, und zwar besonders auf die Nachkommen von Töchtern. Kinder, deren Eltern beide carcinomatös sind, unterliegen besonders leicht der Erkrankung. Die Vererblichkeit nimmt aber von Generation zu Generation schnell ab. *Hochheimer.*[CH]

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Hiden, J. H.: Preventive phases of gynecology. (Phasen in der Prophylaxe in der Gynaekologie.) Therapeutic rec. Bd. **8**, Nr. 91, S. 183—186. 1913.

Nichts Neues. *Mohr* (Berlin).

Routh, Amand: Valedictory presidential address. (Resümee in der Abschiedsrede des Präsidenten.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6**, Nr. 9, obstetr. a. gynaecol. sect., S. 348—372. 1913.

Kurze Übersicht über eine große Reihe gynaekologischer und geburtshilflicher Fälle. *Mohr* (Berlin).

Morton, Henry H.: A clinical lecture given in the Long Island college hospital, 7. VIII. 1913. 1. Vesical calculus. 2. Hagner operation for gonorrheal epididymitis. 3. Perineal section for drainage. 4. Peracute gonorrhea. 5. Jodoform eruption and phimosis. 6. General paresis. (Klinische Vorlesung im Long-Island-Hospital, 7. VIII. 1913. Blasenstein. Hagnersche Operation bei gonorrhoischer Epididymitis. Perinealer Drainage-Schnitt. Akute Gonorrhöe. Jodoformeruption und Phimose. Allgemeine Parese.) Med. times Bd. **41**, Nr. 11, S. 324—327. 1913.

Die Arbeit bietet dem Gynaekologen nichts wesentlich Neues. *Lembcke* (Freiburg i. B.).

Jarman: Physiological versus anatomical results following gynecological operations. (Physiologische Resultate gegenüber den anatomischen nach gynaekologischen Operationen.) (Transact. of the New York obstetr. soc., meet. 13. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 4, S. 765—771. 1913.

Autor tritt für möglichst konservative Behandlung ein. Der Ausfall der Ovarienfunktion schädigt die Frau durch allgemeine konstitutionelle Beschwerden, oft auch das Familienleben durch nachfolgende Unfähigkeit zur Kohabitation infolge Schmerzen (senile Involution). Bei eitriger Adnexitis empfiehlt sich vaginale Incision und Drainage, eventuell wiederholt. 2 Fälle. Hämorrhagien können durch Ligatur der Uterina oder Keilexcision (Kelly) behandelt werden. Die Erhaltung der Menstruation wirkt psychisch günstig auf jede Frau. Selbst kleine Reste von Uterusgewebe mit gesundem Endometrium können hierzu benutzt werden. *Mohr* (Berlin).

● **Gottschalk, Sigm.: Gesundsheitspflege für Frauen und Mütter.** Stuttgart: Moritz. 1913. 196 S., 7 Taf. M. 2.40.

● **Krankenpflege-Lehrbuch. Hrsg. v. d. Medizinal-Abteilg. d. kgl. preuß. Ministeriums des Innern. 3. durchgeseh. u. erg. Aufl.** Berlin: A. Hirschwald. 1913. XXVIII, 389 S., 5 Taf. M. 2.50.

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Jones, Frederic Wood: Some points in the nomenclature of the external genitalia of the female. (Einiges über die Nomenklatur der äußeren weiblichen Genitalien.) Journal of anat. a. physiol. Bd. 48, Nr. 1, S. 73—80. 1913.

Jones weist auf die abweichende Nomenklatur der einzelnen Autoren bezüglich der äußeren weiblichen Genitalien hin, so werde mit Fossa navicularis bezeichnet: 1. der Raum zwischen Hymen oder dem Orificium vaginae und der Vereinigungslinie der Lab. minora nach hinten. 2. Der Raum zwischen Hymen oder dem Orific. vaginae und der Vereinigungslinie der Lab. majora resp. der „Fourchette", dann 3. der Raum zwischen der Begrenzungslinie der großen und kleien Labien. Mit „Fourchette" werde meistens das Frenulum vulvae bezeichnet, doch weichen auch hierin die meisten Autoren voneinander ab. Ebenso werde mit Vestibulum oft das ganze Orificium vaginae, dann wieder nur der obere Teil bis oder eben über die Urethra hinaus bezeichnet. *Wiemer* (Herne).

Bertoloni, Giovanni: Rabdomioma congenito del piccolo labbro. (Angeborenes Rhabdomyom der kleinen Schamlippe.) (*Scuola di ostetr., univ., Perugia.*) Folia gynaecol. Bd. **8**, Nr. 2, S. 155—164. 1913.

Einem 3 Monate alten Mädchen wurde vom Verf. ein kleiner Tumor der rechten kleinen Schamlippe entfernt, der bei der Geburt etwa erbsengroß war und jetzt die 3fache Größe erreicht hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Rabdomyom. *Berberich* (Karlsruhe).

Roman, B.: Zur Ätiologie und Genese der Kolpohyperplasia cystica. (*Pathol.-anat. Inst., dtsch. Univ. Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 41, S. 568—570. 1913.

Roman erörtert an der Hand eines Falles von Kolpohyperplasia cystica, der

zur Sektion kam, die Frage, ob der bisher als Erreger angesprochene Bacillus von Welch-Fraenkel diese Krankheit verursache, oder ob noch andere Bakterien diesen Prozeß auslösen könnten.

Roman fand neben dem Staphylococcus pyogenes und verschiedenen saprohpytären Bacillenarten noch zwei andere Bacillenformen, wovon das eine dem Bacterium vulgare (Proteus) entsprach, während das andere der Typhuskoligruppe angehörte und gewisse Ähnlichkeit mit dem Paratyphus zeigte. Alle 3 Bakterien bildeten im Reagensglase reichlich Gas.

Verf. glaubt nun, trotzdem das Mengenverhältnis nicht für den Bacillus Welch-Fraenkel sprach, ihn als dem Haupterreger der Gasbildung ansprechen zu müssen, da er in keinem Fall von Kolpohyperplasia cystica vermißt wurde. Erst wenn nachgewiesen sei, daß er fehle, könne man andere Bakterien als die Erreger der genannten Erkrankung ansprechen.

Sehr interessant war auch der histologische Befund. Vor allem fanden sich die schon von Chiari beschriebenen Lymphräume mit den Riesenzellen und die darin entstandenen Gascysten. Daneben waren Cysten vorhanden, die dadurch entstanden waren, daß die kryptenähnlichen flaschenförmigen Schleimhautfalten in ihrem Halsteile verschlossen und die so gebildeten Hohlräume durch Gas erweitert wurden. Außerdem fanden sich im Gegensatz zu diesen Epithelcysten noch viele Gascysten ohne besondere Auskleidung, die einfach durch Auseinanderdrängen des Gewebes entstanden waren. Schließlich fanden sich noch gashaltige Hohlräume in den Blutmassen der prall gefüllten Gefäße. *Wiemer* (Herne).

Uterus:

Sugimoto, T.: Pharmakologische Untersuchungen am überlebenden Meerschweinchenuterus. (*Pharmakol. Inst., Univ. Wien.*) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **74**, H. 1/2, S. 27—40. 1913.

In der Versuchsanordnung von Magnus-Kehrer wurde Pituglandol, Pituitrin, Adrenalin, Pilokarpin, Atropin, Nikotin, Natrium oxalicum, Calciumchlorid, Bariumchlorid, Tyramin und Histamin geprüft. Verf. kommt zu folgenden Resultaten: Pituglandol erregt in kleineren und größeren Dosen den Meerschweinchenuterus. Oxalsaures Natrium ruft — wahrscheinlich je nach der Höhe des Entkalkungsgrades — Erniedrigung des Tonus und Verminderung der Pendelbewegungen oder Erregung mit Tonussteigerung und Vergrößerung der rhythmischen Spontanbewegungen hervor. Calciumchlorid bedingt Tonussteigerung am entkalkten Organ. Strophantin wirkt in kleinen Dosen erregend, in größeren erzeugt es allmählichen Tonusabfall und Stillstand der Bewegungen. Nikotin wirkt auf den isolierten Meerschweinchenuterus nicht merklich, während es in situ, intravenös injiziert, das Organ zu starker Kontraktion bringt. Pilokarpin wirkt kontraktionserregend. Diese Kontraktion kann durch kleine Atropinmengen aufgehoben werden. Chinin erzeugt selbst in kleinen Dosen zunächst starke Kontraktion mit sofortiger Tonusabnahme und Lähmung. Adrenalin hemmt den isolierten Meerschweinchenuterus. Unter Aufhören der rhythmischen Spontanbewegungen tritt maximale Verlängerung seiner Muskelelemente ein. Diese Erschlaffung kommt auch zustande, nachdem das Organ durch Bariumchlorid in teilweise Kontraktion versetzt worden ist. Histamin erzeugt Kontraktion bei Aufhören der Spontanbewegungen. Atropin verstärkt in kleinen Dosen die Uterusbewegungen. Selbst durch große Dosen ist eine Lähmung nicht zu erzielen. Durch Pituglandol oder Pilokarpin erzeugte Tonussteigerung kann durch Atropin leicht rückgängig gemacht werden. *Zoeppritz.*

Alfieri, E.: Utero bicorne con adenomiomi mülleriani multipli uterini e tubarici. (Multiple Adenomyome in einem Uterus bicornis und in den Tuben, ausgehend von den Müllerschen Gängen.) (*Scuola di ostetr., univ., Perugia.*) Folia gynaecol. Bd. 8, Nr. 2, S. 165—174. 1913.

Bei den oben genannten und vom Verf. ausführlich beschriebenen Geschwülsten steht die adenomatöse Wucherung in enger Beziehung mit dem Auskleidungsepithel der Uterus- und Tubenschleimhaut. Alfieri sieht in Entwickelungsstörungen des Müllerschen Ganges eine gleiche Entstehungsursache für die Uterusmißbildung und die Adenomyome. Eine sorgfältige Untersuchung des Präparates hat keinen Anhaltspunkt für die entzündliche Entstehung der Geschwülste finden lassen. *Colombino.*

Bland-Sutton, John: The visceral complications met with in hysterectomy for fibroids and the best methods of dealing with them. (Über Visceralerkrankungen, die man bei der Exstirpation des myomatösen Uterus antrifft und über die besten Methoden, mit ihnen fertig zu werden.) Lancet Bd. 2, Nr. 18, S. 1249—1251. 1913.

1. Herzkrankheiten: Die Existenz eines „Myomherzens" leugnet Verf. Bei vorhandenem Klappenfehler operiert er nur, wenn derselbe einigermaßen kompensiert ist, und zieht dann der Allgemeinnarkose die intradurale Injektion mit Novocain vor; wiederholt hat er dann Besserung im ganzen Zirkulationsapparat beobachten können, schon darum, weil die Extraleistung des Herzens bei großen, vascularisierten Myomen nach der Operation fortfällt. Die nach Myomoperationen auftretenden Embolien beruhen nach Verf.s Meinung in vielen Fällen auf dem verschwenderischen Gebrauch von versenkten Nähten beim Schluß der Bauchwunde. 2. Kropf: In 3 Fällen sah Verf. nach der Exstirpation des myomatösen Uterus eine deutliche Schrumpfung des Kropfes; in einem Falle von ausgesprochenem Basedow trat unter Temperatursteigerung, sukzessiver Pulsbeschleunigung bis 180 und Abschwellen der vergrößerten Schilddrüse nach 56 Stunden der Tod ein. 3. Diabetes: Bei sehr dringenden Symptomen von seiten der Myome entschließt sich Verf. trotz Anwesenheit von Zucker zur Operation. Im Gegensatz zu dem allgemeinen Glauben, daß die Frauen erst nach der Hysterektomie fetter werden, findet Verf., daß bei denjenigen Frauen, die an großen submucösen Fibroiden leidend dick und fett werden und, an Hauthypertrophien wie bei Akromegalie erkranken, nach der Operation all diese Erscheinungen schwinden; er nimmt an, daß genau wie die Schwangerschaft auch Gebärmuttermyome eine Hypophysisatrophie nach sich ziehen können, die nach Beseitigung dieser wieder ausgeglichen wird. 4. Uropoetisches System: Mechanischer Druck von seiten der Fibroide, besonders im Becken eingekeilter, veranlaßt oft das Auftreten von Albumen im Urin; darin liegt gewiß keine Kontraindikation gegen eine Operation. Nach Hysterektomien, übrigens auch nach Ovariotomien, konstatierte Verf. in systematischen Untersuchungen 36 Stunden p. op. fast in jedem Falle das Auftreten des Bacterium coli im Urin; eine plausible Erklärung für dieses Faktum vermag er nicht zu geben. Bei der Besprechung der Behandlung der intra operationem gesetzten Ureterverletzungen, wobei Verf. die bloße Unterbindung des durchtrennten proximalen Harnleiters für ausreichend hält, spricht er die Vermutung aus, daß im Verlaufe vieler Hysterektomien der Harnleiter öfter als man ahnt, unbewußt durchschnitten wird, ohne daß die Patienten von diesem Versehen irgendwelche Symptome oder gar Störungen in der Konvaleszenz erleiden müssen. Ein plötzlicher Harnleiterverschluß kann eben gänzlich symptomlos verlaufen, andermal freilich treten Schmerzen und Stiche in der Niere auf, die ihrerseits dann aber auch durchaus nicht konstant zu Hydronephrosen entarten. 5. Koloncarcinom: Hierbei treten oft verhängnisvolle diagnostische Irrtümer zutage, insofern bei vorhandenen Fibroiden Carcinome der Flexura sigmoidea nach Form und Konsistenz palpatorisch als subseröse Fibroide imponieren. 6. Fibroide und Gallenblasenerkrankung. Jede dieser Erkrankung ist für sich häufig und darum auch die Kombination beider, so daß man oft nicht weiß, welche von beiden Operationen dringender ist.

In drei Fällen, bei sehr großen Myomen, hat Verf. die erkrankte Gallenblase wegen Steinen in einer Sitzung operiert; in einem anderen Falle war die entzündete Gallenblase mit einem großen subserösen Fibroid verwachsen. In zwei anderen Fällen wurde die Gallenblase sechs Monate nach der Hysterektomie exstirpiert.

Bei ausgesprochenem Ikterus und schweren Störungen von seiten der Gallenblase empfiehlt Verf. jedoch als Regel, erst die Gallenblasenoperation vorzunehmen, weil ja bekanntlich bei allen Ikterischen die Blutungsneigung gesteigert ist, und erst in späterer Sitzung die Hysterektomie zu machen. *Landau* (Berlin).

Alschwang, M.: Jauchige und nekrotische Veränderungen der Uterusmyome und ihre operative Behandlung. Dissertation. Berlin 1913.

Nicolsky: Evolution et complication des fibromyomes utérins. (Entwicklung und Komplikationen der Fibromyomata uteri.) Thèse. Paris 1913.

Hamm, P.: Operationstechnische Betrachtungen über vaginale Myomoperationen auf Grund von 374 Fällen vaginaler Myomoperationen. Dissertation. Berlin 1913.

Ott, v.: Die operativen Behandlungsmethoden des Gebärmutterkrebses und die dabei erzielten Resultate. (Vortr., geh. a. d. 17. internat. Kongr., London, August 1913.) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 45, S. 2086—2088. 1913.

Verf. berichtet kurz an der Hand einiger Tabellen über die Resultate, die er bei der Operation des Uteruscarcinoms erzielt hat. Nach seiner Ansicht muß die Exstirpation des Uteruscarcinoms auf abdominalem Wege bis zum Minimum eingeschränkt werden, weil die auf diesem Wege erzielten Resultate weit hinter der damit verbundenen Gefahr stehen. Die Operation der Wahl muß vielmehr die sogenannte erweiterte vaginale Methode sein, da ihre Resultate der abdominalen nicht nachstehen, die Gefahr eines tötlichen Ausganges und der Verletzung der benachbarten Organe dagegen bei ihr unermeßlich niedriger ist. Die riskierten Operationen in wissentlich verzweifelten Fällen müssen vollständig verlassen werden, denn derartige Operationen sind im Allgemeinen zwecklos und geben gewöhnlich nur eine künstliche Erhöhung der „Operabilität“, was den humanen Prinzipien der Medizin widerspricht. *Runge.*

Broun, Le Roy: Cancer of the uterus, importance of early diagnosis. (Über den Uteruskrebs und die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose desselben.) New York State journal of med. Bd. **13,** Nr. 10, S. 513—516. 1913.

Verf. weist an der Hand von statistischen Angaben darauf hin, wie wichtig es ist, daß das Publikum über die Bedeutung der Frühsymptome dieser Krankheit belehrt werde, damit die von diesem immer häufiger auftretenden Leiden Befallenen veranlaßt werden, rechtzeitig die entsprechende Behandlung zu suchen. Verf. bezeichnet die von Winter in Deutschland geleistete Aufklärungsarbeit als vorbildlich für alle ähnlichen Bestrebungen auf diesem Gebiete. *Hall* (Graz).

Lastaria, Francesco: Il dovere medico in rapporto del presente stato della chirurgia del cancro dell'utero. (Die Pflicht des Arztes bei dem gegenwärtigen Stand der chirurgischen Behandlung des Uteruscarcinoms.) Arch. ital. di ginecol. Jg. **16,** Nr. 10, S. 233—235. 1913.

Die Erfolge der Operationen zur Entfernung des Carcinoms des Uterus, aber auch anderer Carcinome sind einerseits gering, andererseits sind die Eingriffe zum Teil sehr schwierig. Könnten die Kranken früher zur richtigen Behandlung kommen, wäre auch der Erfolg besser. Wenigstens das Uteruscarcinom zu diagnostizieren, kann keine Schwierigkeit machen, wenn bei atypischen Blutungen oder bei Blutung infolge der Untersuchung mikroskopische Untersuchung veranlaßt wird. *Berberich* (Karlsruhe).

Childe, Charles P.: Suggestions for the technique and performance by a new method of Wertheim's abdominal panhysterectomy. (Vorschläge für Technik und Ausführung bei einer neuen Methode von Wertheims abdominaler Panhysterektomie.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6,** Nr. 9, obstetr. a. gynaecol. sect., S. 339—346. 1913.

In der an den Vortrag (vgl. Referat in Bd. III, H. 6, S. 274 dieser Zeitschrift) anschließenden Diskussion werden von den verschiedenen Rednern die verschiedenen technischen Neuerungen des Vortragenden durchweg zustimmend besprochen. *Schmidt* (Greifswald).

Kinyon, C. B.: Chorioepithelioma. (Chorionepitheliom.) Internat. journal of surg. Bd. **26,** Nr. 7, S. 243—248 u. Nr. 8, 285—288. 1913.

Kinyon ist der Ansicht, daß das Chorionepitheliom bakteriellen Ursprungs sei und auf Infektion beruhe, die ja intra partum und im Wochenbett sehr leicht möglich sei.

Seine Anschauungen fußen auf den Untersuchungen über die Kronengalle bei Pflanzen, die durch ein Bakterium das sog. Bact. tumefaciens hervorgerufen werden, in der Verf. das Analogon des Carcinoms resp. der malignen Geschwülste sieht. Die Mitteilung dreier Krankengeschichten beschließt die Arbeit. *Wiemer* (Herne).

Heimann, Fritz: Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie des Chorio-epithelioms. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 74, H. 2/3, S. 600—610. 1913.

Verf. geht von einer früheren in der gleichen Zeitschrift (Bd. 68) veröffentlichten Arbeit aus. Er teilte damals 4 Fälle von Chorioepitheliom mit, von denen je 2 bezüglich ihres klinischen und histologischen Verhaltens übereinstimmten. Bei den ersten beiden wurden mikroskopisch Syncytium und Langhanssche Zellen gefunden. Blutungen und nekrotisches Gewebe waren nur mäßig in den Geschwülsten vorhanden. Die Tumoren waren von der Umgebung durch eine Art bindegewebige Umhüllung abgekapselt. Sie machten somit histologisch den Eindruck gutartiger Geschwülste. Entsprechend war das klinische Bild. Nach der Operation leben die Patientinnen noch heute. Die beiden anderen Tumoren bestanden mikroskopisch fast rein aus syncytialen Elementen. Die Langhansschen Zellen waren sehr spärlich. Eine bindegewebige Abkapslung bestand nicht; im Gegenteil drangen die syncytialen Massen krebsartig in die Umgebung vor. In den Tumoren konnte man zahlreiche Blutungen und nekrotische Herde sehen. Der histologische Eindruck war der maligner Geschwülste. Die Frauen gingen entsprechend bald zugrunde. Verf. publiziert 2 neue Fälle, welche in ihrem histologischen Befunde sich der zweiten, malignen Gruppe anschließen. Auch diese beiden Frauen gingen zugrunde. Verf. schließt daraus auf einen prognostischen Wert der histologischen Untersuchung des Chorioepithelioms. *Siegel* (Freiburg i. Brsg.).

Lutterloh, B.: Über einen Fall von Chorionepithelioma malignum. Dissertation. Berlin 1913.

Sfakianakis, J.: Uterus-Carcinom (Chorionepitheliom) im Anschluß an eine Blasenmole. Dissertation. Berlin 1913.

Teutem, E. A. van: Die Ursachen der Retroflexio. (*Leidener Frauenklinik.*) Nederl. maandschr. voor verlosk. en vrouwenz Jg. 2, Nr. 9, S. 549—573. 1913. (Holländisch.)

Als Material benutzte Verf. 1438 Patientinnen der Leidener Universitätsfrauenklinik (van der Hoeven). Die Frequenz betrug 16,6%. Bei 200 nicht gynaekologischen Patientinnen der internen Abteilung fand sie 5,5% Retroflexionen, bei 951 Wöchnerinnen ebenfalls 5,5%, woraus sie den Schluß zieht, daß die Geburt keinen Einfluß auf das Entstehen der Retroflexio ausübt.

Nach reichlicher Literaturbesprechung kommt sie, dem Standpunkt ihres Lehrers van der Hoeven entsprechend, zu der Schlußfolgerung, daß der Uterus lediglich durch den Tonus seiner Gewebe in Anteflexio erhalten wird. Zum Zustandekommen der Retroflexio wird verlangt: 1. Verlust des Tonus durch Asthenie, Infantilismus, Tuberkulose, Anämie, Chlorose, erschöpfende Krankheiten, Senilität und postmortale Erschlaffung. 2. Druck auf die vordere Wand durch Tumoren oder Erhöhung des intraabdominalen Drucks. 3. Zug an der hinteren Wand durch Tumoren oder Adhäsionen. Von diesen Ursachen ist die erste die häufigste und wichtigste. Kongenitale Retroflexio findet sich nur äußerst selten. Die Retroflexio wird durch Geburten nicht beeinflußt. *C. H. Stratz.*

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Rabinovitz, M.: The pathogenesis of adenomyosalpingitis (salpingitis nodosa). Report of ten cases. (Pathogenese der Adenomyosalpingitis [Salpingitis nodosa].) (*Beth Israel hosp., New York.*) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Jg. 68, Nr. 4, S. 711—752. 1913.

Nach kurzem Referat über die wichtigsten Anschauungen der Entstehung dieser Erkrankung: 1. des entzündlichen Ursprungs; 2. der kongenitalen Keimverlagerung; 3. des Kompromisses zwischen 1 und 2, beschreibt Rabinovitz eingehend 10 beobachtete Fälle nach der Einteilung: 1. Erkrankung beschränkt auf die Mucosa, 2. Erkrankung durchgehend bis zur Muscularis = echte Adenomyosalpingitis. Die Schlüsse, die R. aus seinen Fällen zieht, sind: a) Zur Nomenklatur: Der Name Adenomyosalpingitis ist der geeignetste. b) Die Erkrankung ist das Resultat einer Entzündung, einer Bakterien-Invasion, meistens von Gonokokken oder Tuberkelbacillen. c) Die Anschauung von kongenitaler Keimverlagerung kann durch diese 10 Fälle nicht gestützt werden. *Heße* (Greifswald).

Broad ligament abscess; pyosalpinx. (Absceß des Lig. latum; Pyosalpinx.) Surg. clin. of John B. Murphy Bd. **2,** Nr. 1, S. 123—130. 1913.

Linksseitiger parametritischer Absceß mit Pyosalpinx sin. und Infiltration der rechten Tube, bedingt sehr wahrscheinlich durch Coliinfektion nach einem Curettement wegen Abortus II mensium. Laparotomie. Entfernung beider Tuben und Drainage der Absceßhöhle. *Klein.*

Keller, R.: Über Funktionsprüfungen der Ovarialtätigkeit. (*Univ.-Frauenklin., Straßburg i. E.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 39, S. 2162—2164. 1913.

Nachprüfung der Untersuchungen von Cristofoletti und Adler über den hemmenden Einfluß der Ovarialtätigkeit auf das chromaffine System an 4 amenorrhoischen, 3 in der Menopause stehenden und 13 kastrierten Frauen. Nur 5 mal trat eine deutlich positive Reaktion nach 0,3 mg Adrenalinlösung auf; in 2 Fällen starker Ausfallserscheinungen war gar keine Reaktion vorhanden, dagegen war sie positiv in 2 Fällen starker Menstrualblutungen. Andererseits war die Reaktion auf vagotrope Mittel (0,0005 g Atropin und 0,005 g Pilocarpin) bei 13 Fällen starker menstrueller Blutungen nur 5 mal (1 mal gleichzeitig auch die Adrenalin-Reaktion!), bei 9 normalen Kontrollfällen 3 mal positiv.

Es kann somit mittels der Reaktion nach Injektion von Adrenalin oder Atropin und Pilocarpin die Funktion der Ovarien nicht geprüft werden. *Butzengeiger* (Elberfeld).

Meyer, Robert: Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ovariums. Verhandl. d. Dtsch. pathol. Ges. 16. Tag., Marburg, 31. III.—2. IV. 1913, S. 396—403. 1913.

Als Hauptquellen für die Entstehung kleinerer Ovarialcysten sind zu nennen: 1. Cysten, die bei Perioophoritis durch heterotope Epithelwucherung und Epithelialisierung von Absceßhöhlen her entstanden sind. 2. Retecysten, Markcysten. 3. Parenchymcysten, bei denen man Follikelcysten und Corpus-luteum-Cysten unterscheidet, deren scharfe Abgrenzung gegeneinander Meyer im Gegensatz zu der bisher üblichen durchführt. Eine Besonderheit stellen ferner dar: Cystisch atresierende Follikel mit partieller akzessorischer Luteinsaumbildung und die teilweise Persistenz von Granulosaepithel in völlig atretischen Follikeln mit Luteinbildung. *Goldschmidt* (Hannover).

Potherat, G.: Présentation d'un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire. (Vorstellung einer sehr großen multilokulären Ovarialcyste.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 40, S. 780—781. 1913.

19 jähriges Mädchen, bei falscher Diagnose (Lebercirrhose + Ascites) 15 mal punktiert, insgesamt 130 l Flüssigkeit entfernt. Gewicht des exstirpierten, zum Teil adhärent gewesenen Tumors 23 kg. Glatte Rekonvaleszenz. *Schröder* (Rostock).

Adachi, S.: Ein Fall von Knochenbildung im Corpus albicans. (*Pathol. Inst., Marburg.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **24,** Nr. 19, S. 854—857. 1913.

Der im Titel benannte Befund wurde zufällig bei einer 67 jährigen Frau erhoben, deren Genitalapparat abgesehen von alten Verwachsungen zwischen Tube, Ovarium und Uterus nichts Besonderes darbot. Das Knochengewebe hat sich nach Ansicht des Verf. aus verkalktem Bindegewebe heraus durch Auftreten von Knochenkörperchen mit anschließender Resorption des Kalks und Ablagerung von Knochengrundsubstanz entwickelt. In dem Knochengewebe waren Haversche Kanälchen und Knochenmarksubstanz nachzuweisen. *Meyer* (Stettin).

Djedoff, W. P.: Doppelseitige Eierstockskystome, kompliziert durch eine rechtseitige Tubargravidität. Operation. Genesung. Die Befruchtung des Eies im Graafschen Follikel des kranken Eierstocks. — Ursache der Extrauteringravidität. (*Milit.-Laz., Taschkent.*) Wratschebnaja Gazeta Jg. **20,** Nr. 43, S. 1524—1526. (Russisch.)

Verf. meint, daß diese oder jene Erkrankung des Ovariums, aus dem das befruchtete Ei stammt, die Hauptrolle in der Entstehung der Extrauteringravidität spielt. Wahrscheinlich sei, daß bei der ektopischen Schwangerschaft das Ei im Graafschen Follikel befruchtet wird, der nicht genügend weit gesprungen ist, um das noch nicht befruchtete Ei herausschlüpfen lassen zu können; dagegen nach der Befruchtung des Eies könne die Follikelhülle dem Druck des wachsenden Eies nicht Widerstand leisten, reißt noch weiter ein, und das befruchtete Ei kommt in die Ampulle der Tube, kann aber durch das Lumen derselben nicht hindurch, und es entsteht auf diese Weise die ektopische Schwangerschaft. Als Beweis dafür führt Verf. die relativ häufig vorkommende Graviditas ampullaris und das Vorkommen von Eierstocksschwangerschaften an. Als Illustration diene ein vom Verfasser operierter Fall von Gravidität im ampullären Teil der Tube bei gleichzeitig bestehenden doppelseitigen Eierstockscysten. *Braude.*

Bauchorgane:

Cordero, Aurelio: Note su 228 laparotomie. (Bericht über 228 Laparatomien.) (*Osp. consorz. d. Valdinievole, Pescia.*) Clin. chirurg. Jg. **21,** Nr. 9, S. 1829—1952. 1913.

Verf. berichtet über 221 Bauchoperationen, die in seinem Krankenhaus ausgeführt wurden. Die Gesamtmortalität betrug 14,56%; sie war hauptsächlich bedingt durch Fälle von Peritonitis und Ileus, die zu spät zur Operation kamen. Alle Krankengeschichten werden kurz mitgeteilt. Als besonders interessant seien hervorgehoben 3 Fälle von eitriger Epiploitis, 3 Geschwülste des Omentum, 2 Magentuberkulosen, ein Echinokokkus der Gallenblase und ein Fall von tumorbildender Tuberkulose am Dünndarm. Fünfmal wurde ein Darmverschluß durch Appendicitis hervorgerufen. Die Vorbereitung und die Art der Operation unterscheidet sich nicht von dem bei uns geübten Modus. Interessant ist es, daß bei der großen Verbreitung der Ascariden jeder Patient erst eine Wurmkur durchmachen muß. In einem Fall, wo dies unterblieben war, kam der Patient zum Exitus und man fand im freien Abdomen Ascariden. Die Durchwanderungsstelle konnte nicht gefunden werden. *Brüning.*CH

Kelly, Thos. J. Brooke: Recent advances in the surgical treatment of gastrointestinal stasis due to ptosis of the different parts of the alimentary canal. (Die jüngsten Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der Magendarmstauung auf Grund von Senkung in den verschiedenen Teilen des Verdauungskanals.) Austral. med. gaz. Bd. **34,** Nr. 8, S. 172—173. 1913.

Allgemein gehaltene einleitende Bemerkungen über den Wert chirurgischer Eingriffe bei Ptose einzelner Abschnitte des Magendarmtraktes, welches die häufigste Ursache für Stagnation des Inhaltes abgibt. Am Magen kommen Verkürzung des Lig. gastrohepaticum, ev. verbunden mit Gastroplicatio (Beyea), die Suspension durch Annähen des Lig. gastrocolicum an die vordere Bauchwand (Coffey) und die verschiedenen Methoden der Gastroenterostomie in Betracht. Das Coecum mobile kann mittels Fixation an die hintere Bauchwand, abnorme Größe desselben durch Faltung der Wand beseitigt werden. Ptose des Colon transversum wird durch Raffung des Lig. gastrocolicum oder Befestigung an der vorderen Bauchwand behandelt, bei der Flexura sigmoidea kommt in Anbetracht der Volvulusgefahr außerdem die Resektion in Frage. Am Dünndarm gibt die Lanesche Knickung im Bereich des Ileum oft Veranlassung zur Stagnation. Aber alle diese Operationen lassen nur in der ersten Hälfte des Lebens — Wiederherstellung des Muskeltonus vorausgesetzt — Heilung oder wesentliche Besserung erhoffen, besonders am Dickdarm; später nützen nur Ausschaltung oder Exstirpation desselben. Hierüber äußert sich Verf. eingehender auf Grund zahlreicher eigener Operationen. Diese umfassen mehrere Fälle von Implantation des Ileum in das Colon sigmoideum nach Lane, ferner eine Reihe von (25) Ileosigmoideostomien, teilweise mit nachfolgender Entfernung des Kolons oder Anlegung einer Kolostomie, schließlich Anastomosenbildungen zwischen Coecum und S romanum durch laterale Apposition oder Implantation der Flexur in den Blinddarm, wobei das proximale Flexurende durch einen Muskelschlitz herausgeleitet und das Colon ascendens durch Faltung verengert wurde. Alle diese Eingriffe wurden an größtenteils schon anderweitig operierten und durchwegs ebenso fruchtlos intern behandelten „chronischen Invaliden" mit den ausgesprochensten Erscheinungen und Folgezuständen der Obstipation ausgeführt; Verf. äußert sich über die Erfolge derselben auf Grund dauernder persönlicher Beobachtung der Operierten (nur 2 Todesfälle, davon einer an Nahtdehiszenz) sehr befriedigt, ohne zu verschweigen, daß er gelegentlich auch von anderen als operativen Maßnahmen gute Resultate gesehen hat. *Fieber* (Wien).CH

Hannes, Walther: Knochenbildung in der Laparotomienarbe. (*Univ.-Frauenklin., Breslau.*) Gynaekol. Rundschau Jg. **7,** Nr. 21, S. 771—773. 1913.

Hannes bringt Mitteilungen über den 16. und 17. bekannten Fall von Knochenbildung in der Laparotomienarbe. Während alle andern Fälle Männer betrafen, handelt es sich in seinen Fällen um Frauen.

61jährige Frau, bei welcher ein Uteruscarcinom per laparotomiam entfernt und die Bauchhöhle nach v. Mikulicz drainiert war. Wegen Narbenhernie Relaparotomie; am unteren

Rande der Bruchpforte eine knochenharte, rings in Narbengewebe eingebettete Partie, die sich histologisch als Knochen erwies. — 59jährige Frau, vor 22 Jahren wegen vereiterter Ovarialcyste marsupialisiert. Vom Nabel bis zur Symphyse unregelmäßige Laparotomienarbe, im unteren Drittel Hernie; oben Fistel und in ihrer Umgebung $1^1/_2$ cm unter der Haut handbreite, harte Infiltration, die sich bei Einschnitt als eine subfascial (präperitoneal) gelegene, unregelmäßig höckerig gestaltete, gut handtellergroße Knochenplatte erwies.

Histogenetisch faßt H. den Vorgang als eine Verknöcherung des Fascien- oder Narbengewebes auf. In allen 17 Fällen handelte es sich um Schnitte in der Mittellinie, in deren Narben nachher der Verknöcherungsprozeß auftrat. Ätiologisch kommen zu dem Operationstrauma und dem Reiz versenkter Nähte die Traumen schwerer körperlicher Arbeit (fast sämtlich Männer), Infektion und örtliche Eiterung. Das unmittelbare Angrenzen des Knochens an den Bruchsack in den beiden Fällen des Verf. legt die Auffassung nahe, daß die Knochen als Stützsubstanz zur Verstärkung der Widerstandsfähigkeit an einem locus minoris resistentiae sich bildeten. Entfernung der Knochenstücke ist daher nur angezeigt, wenn sie Beschwerden machen oder bei Radikaloperationen der Narbenhernien. *zur Verth* (Kiel).

Fraser, John: The treatment of umbilical hernia in children by the subcutaneous elastic ligature. (Die Behandlung des Nabelbruchs der Kinder durch die subcutane, elastische Ligatur.) Lancet Bd. **2**, Nr. 13, S. 925—926. 1913.

Modifikation und Nachprüfung der von Brun September 1912 im Arch. de méd. des Enf., Paris, veröffentlichten Methode der elastischen Ligatur beim Nabelbruch des Kindes an der Hand von 21 Fällen. Nicht vor 6 Monaten, am besten erst im Alter von 1 Jahr operieren, nachdem mit anderen Methoden kein Erfolg erzielt ist. Der Bruch muß reponibel und der Bruchring wegen der Rezidivgefahr nicht größer als die Kuppe des Kleinfingers sein. Nach Vorbereitung durch Entleerung des Darmes und Verhütung blähender Speisen 3 kleine Schnitte in gleichen Abständen um die Peripherie des Nabelbruchs, Unterminierung der Haut, Herumführen einer elastischen Schnur, $^1/_8$ Zoll dick und 3 Zoll lang, nach sicherer Reposition des Bruchinhalts Anziehen der Schnur und Befestigung durch einen um die Enden geknoteten Seidenfaden. Entfernung der Naht nach 6 Tagen (2 Skizzen). *Kaerger* (Berlin).CH

Scalone, Ignazio: Ernia crurale strozzata della tromba uterina con sindrome d'ilea paralitico. Operazione. Guarigione. (Einklemmung der Uterustube in einer Schenkelhernie mit den Erscheinungen eines Ileus paralyticus.) Policlinico, sez. chirurg. Jg. **20**, Nr. 10, S. 433—443. 1913.

Das Vorhandensein einer Uterustube in einem Bruchsack ist vor der Operation kaum zu diagnostizieren, meist handelt es sich um Leisten-, seltener um Schenkelhernien. Die Einklemmung einer Tube im Bruchsack wird von einigen Autoren geleugnet, nach des Verf. Ansicht ist sie aber möglich. Ist die eingeklemmte Tube nicht infiziert, so wird sie infolge der Einklemmung nur nekrotisch, ohne die Umgebung durch Entzündung in Mitleidenschaft zu ziehen. Hat aber eine Infektion vom Uterus stattgefunden, oder liegt eine gonorrhoische Infektion vor, so genügt die Einklemmung der Tube, um eine heftige Entzündung in der Umgebung, ja selbst allgemeine Bauchfellentzündung hervorzurufen. Zum Schluß beschreibt Scalone folgenden von ihm beobachteten Fall.

55jähr. Frau, die seit ihrer zweiten Geburt Erscheinungen von Adnexerkrankung zeigte, erkrankt unter stürmischen Zeichen einer rechtsseitigen eingeklemmten Schenkelhernie. Im Bruchsack lag nur die Ampulle und das äußere Viertel der Muttertrompete eingeklemmt, die Teile waren aber noch nicht so stark durch die Einklemmung geschädigt, so daß sie zurückgebracht werden konnten. Das vor der Operation vorhandene Erbrechen, der Meteorismus und die Stuhlverstopfung bestanden eine Zeitlang nach der Operation fort. Peritonitis lag nicht vor, sondern ein Ileus paralyticus. Nach 3 Tagen besserten sich die Darmerscheinungen, und die Kranke wurde geheilt. Verf. glaubt nicht, daß der Ileus durch eine reflektorische Lähmung der Darmmuskulatur hervorgerufen wurde, er ist vielmehr der Ansicht, daß die Entzündung der Peritonealhülle der eingeklemmten Muttertrompete die Serosa einer dahinterliegenden Dünndarmschlinge in Mitleidenschaft zog, und daß durch diese letztere der Ileus paralyticus bedingt wurde. *Herhold* (Hannover).CH

Bastianelli, R.: Über die Behandlung des Leistenbruches. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **10**, Nr. 19, S. 577—585. 1913.

Die Prinzipien der Bruchbehandlung, die Anästhesiemethoden, die Indikations-

stellung, werden in der bekannten Weise behandelt. Es folgt ein geschichtlicher Überblick bis zur Operationsmethode Bassinis. Längere Ausführungen widmet Bastianelli seiner Operationsart, die den normalen anatomischen Verhältnissen besonders gut entsprechen soll, die er selbst „normale Operation" nennt.

Das erste Tempo bleibt mit Ligatur und Abtragung des Bruchsackes wie bei Bassini nur alles, ohne den Samenstrang aus seiner Lage herauszunehmen. Nachher genaue Isolierung des inneren Leistenringes, Fassen mit Kocherklemmen, tabaksbeutelartige Schnürnaht des oberhalb des Samenstranges liegenden $^3/_4$ des betr. Leistenringes, Durchstechen der beiden Fadenenden durch den M. obl. int. und transv. abdom. von unten, festes Verknüpfen. Fäden bleiben lang, werden an den unteren Rand des Poupartbandes angenäht. Schluß des Cremasterschlitzes. Muskelplatte wie gewöhnlich nur über dem Samenstrang an den unteren Poupartrand. Obliquus externus = Fascie nach Girard.

Besonderer Vorteil dieser Methode ist: Vereinigung des geschlossenen inneren Ringes samt der oberen Muskelschicht fest mit dem Leistenbande ohne Lücke; starker Widerstand gegen den Abdominaldruck. Die Bassini - Methode empfiehlt er besonders für direkte Hernien zur Schaffung einer festen Bauchwand. Als Grundbedingung gilt auch hier, den Bruchsack von Fett freizumachen, möglichst weit herauszuziehen und zu kürzen. Für direkte Brüche verlagert er den Samenstrang unter die Haut und bildet in der Zona subepigastrica erst eine Transversusfascienschicht, eine Muskelplatte, wie üblich verstärkt durch einen Teil der lateralen Rectusscheide, eine straffe, völlig bis zur Spin. pub. geschlossene Fascien-Aponeurosenschicht bis an den medialen, übriggebliebenen Teil der gespaltenen Rectusscheide. Samenstrang darüber, subcutan. Besprechung der Verletzungen bei den Operationen und der bekannten Behandlungsmethoden. Blasenverletzungen näht er und verlagert sie median. Der Chirurg müsse oft modifizieren, Bassini bliebe die Universalmethode. *Weichert* (Breslau).CH

Grünberg, N. L.: Ein Fall von Genesung nach Verletzung und Beschmutzung des Abdomens und der Infektion. (*Semptwo-Krankenh., Troitzk, Gouv. Smolensk.*) Wratschebnaja Gazeta Jg. **20**, Nr. 36, S. 1211—1212. 1913. (Russisch.)

Messerverletzung des Abdomens, wobei der Darm und das Netz herausfielen und mit Schmutz, Heu und Stroh bedeckt waren. Es fanden sich auch perforierende Verletzungen des Darmes. Nach Reinigung der Intestina mit physiologischer Kochsalzlösung und der Perforationskanäle des Darmes mit Sublimatlösung, wurden die Eingeweide reponiert und die Bauchwunde geschlossen. Heilung ohne Erscheinungen von Peritonitis. *Braude* (Berlin).

Kropveld, S. M.: Chirurgische Behandlung der eitrigen Peritonitis. (*Chirurg. Klinik von Lanz, Amsterdam.*) Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Jg. **1913**, Tweede helft Nr. 18, S. 1526—1535. 1913. (Holländisch.)

Nach längerer Literaturübersicht (Rehn, von Eiselsberg, Narath, Murphey u. a.) berichtet Kropveld über die Erfolge der Lanzschen Klinik. In $2^1/_2$ Jahren wurden 28 Fälle von eitriger Peritonitis operativ behandelt mit 8 Todesfällen und 20 Heilungen = 71%. In 23 Fällen handelte es sich um Appendixdurchbruch. Meist wurde mit Lokalanästhesie erst links, dann rechts unten eine kleine, tiefgelegte Incision gemacht, von beiden Wunden aus ein Dreesmannscher Drain nach dem Douglas zu gelegt, der Patient in der Fowlerschen Lage ins Bett gebracht. Erst nach völliger Heilung wird eine Appendektomie ausgeführt, die jedoch in vielen Fällen nicht mehr nötig ist. Alle Fälle, die innerhalb 24 Stunden nach dem Durchbruch eingebracht waren oder in denen nur rechts Eiter gefunden wurde, sind geheilt. *C. H. Stratz.*

Paterson, Peter: A neuroma-myoma of the mesentery. (Ein Neuromyom des Mesenteriums.) Lancet Bd. **2**, Nr. 14, S. 997. 1913.

9jähriger Knabe bekam 5 Monate nach einer Appendicitisoperation alle 7—10 Tage Schmerzanfälle im Leib mit Erbrechen und Stuhlverhaltung. Erneute Laparotomie ergab einen mitten im Mesenterium des Dünndarms gelegenen ovalen 6 : 4 cm großen Tumor, der sich leicht ausschälen ließ. Heilung. Der Tumor bestand im Zentrum überwiegend aus markhaltigen Nervenfasern mit vereinzelten Ganglienzellen, während in den peripheren Partien glatte Muskelfasern überwogen. Neurome sowohl wie Myome des Mesenteriums sind bekannt, ein derartiger Mischtumor aber ist, wie es scheint, bisher nicht beobachtet. *Draudt* (Darmstadt).CH

Dietrich, A.: Kleine Darmcarcinome vom Typus der Carcinoide mit schwerer Lebercarcinose. (*Städt. Krankenh., Westend-Charlottenburg.*) Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **13**, H. 3, S. 390—401. 1913.

2 Fälle. 1. 62jährige Frau mit kleinem ovalem Tumor im Dünndarm (ca. 1,5 m oberhalb

der Ileocöcalklappe) hauptsächlich in der Submucosa liegend, vom Typus der Carcinoide Oberndorfers. Ausgedehnte großknotige, die ganze Leber durchsetzende Metastasenbildung. 12 l Ascites. 2. 57 jähriger Mann, ebenfalls metastatische Lebercarcinose. Kleines primäres Carcinom (linsengroß) im Beginn des Colon descendens. Die mikroskopische Untersuchung läßt trotz einiger kleiner Verschiedenheiten auch hier die typischen Merkmale des Carcinoides erkennen. Diese Tumoren lassen sich, nachdem nun die verschiedensten Grade von Metastasierung bekannt sind, nicht von den proliferationsfähigen Geschwülsten trennen.

Kleinschmidt (Leipzig).CH

Carwardine, T.: Suppurating endothelioma Meckel's diverticulum simulating appendicitis. (Vereitertes Endotheliom eines Meckelschen Divertikels, Appendicitis vortäuschend.) Lancet Bd. 2, Nr. 13, S. 927—928. 1913.

Mit Erfolg laparotomierter Fall von großem Absceß der rechten Bauchhälfte, der unter dem Bilde einer akuten Appendicitis entstanden war. Als Ausgangspunkt der Eiterung fand sich ein zerfallendes Neoplasma (histologisch Hämendotheliom) in der Wand eines Meckelschen Divertikels, so daß die Resektion einer 15 Zoll langen Dünndarmpartie erforderlich wurde. Wurmfortsatz normal, glatte Heilung. Nach den Literaturangaben ist Entzündung in einem Meckelschen Divertikel überaus selten, wie in dem berichteten Fall durch einen Tumor desselben verursacht, ein einzigartiges Ereignis.

Fieber (Wien).CH

Hertzler, Arthur E., and Edward T. Gibson: Invagination of Meckels diverticulum associated with intussusception. Report of a case, with a study of recorded cases. (Ein Fall von Invagination eines Meckelschen Divertikels mit Intussuszeption des Darms.) Americ. journal of the med. scienc. Bd. 146, Nr. 3, S. 364—386. 1913.

In Anlehnung an den selbst beobachteten Fall, der durch Umstülpung der invertierten Teile mit nachfolgender Abtragung des Divertikels erfolgreich operiert wurde, geben die Autoren eine Übersicht über sämtliche in der Literatur niedergelegten Fälle gleicher Art und knüpfen daran eine Besprechung der klinischen, operativen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse. Im ganzen haben Verff. 45 Fälle dieser Doppelaffektion und 6 unsichere in der Literatur gefunden. Bezüglich der Pathogenese stehen Verff. auf dem Standpunkt, daß die Intussuszeption das Primäre, die Inversion des Divertikels das Sekundäre sei. Für das Zustandekommen der Invaginationen spielen Verdickungen der Wandungen eine große Rolle. In ihrem Fall befand sich an der Spitze des Divertikels eine kleine Verdickung, die außer einem submukösen Bluterguß aus einer unregelmäßig angeordneten Ansammlung von Brunnerschen Drüsen und weiter nach außen aus pankreasähnlichem Gewebe bestand. Einige der Brunnerschen Drüsen endeten in diesem pankreatischen Gewebe, und Verff. vermuten deshalb, daß das sog. akzessorische Pankreas in Wirklichkeit abirrende Brunnersche Drüsen seien. Ein akzessorisches Pankreas findet sich unter den zusammengestellten Fällen noch zweimal erwähnt, einmal ein Lipom, einmal ein fibröser Polyp. Die Idealbehandlung ist die Reduktion der Intussuszeption und Inversion mit folgender Resektion des Divertikels. Aber wenn auch die Reduktion noch gelingt, erscheint doch in manchen Fällen die Resektion noch nötig. Ist die Reduktion unmöglich, so ist es in vielen Fällen besser, zunächst einen künstlichen After anzulegen oder wenigstens nach der Resektion die beiden Darmenden in die Bauchwand einzunähen. In den meisten Fällen haben die Operateure die sofortige Vereinigung der Darmenden vorgenommen, eine Tatsache, „die man schon ahnen kann, wenn man den Ausgang liest". Von 22 Resezierten sind 13 gestorben. Verff. schließen mit dem Satz: Radikaleres Vorgehen in einigen der einfachen Fälle und konservativeres Vorgehen in den sehr schweren Fällen scheinen die Leitlinien zu sein, an denen man zu einer besseren Prognose gelangen kann.

Wiemann (Kiel).CH

Sendrail, J.: Sur les diverticules congénitaux du gros intestin. (Über angeborene Divertikel des Dickdarms.) Rev. vétérin. Jg. 38, Nr. 10, S. 577—578. 1913.

Verf. beschreibt zwei Dickdarmdivertikel, die sich bei Einhufern gefunden haben; das eine vom Querkolon, das andere vom Coecum (Appendix) ausgehend. In beiden Fällen gingen Schleimhaut und Muscularis des Darmes ohne jede Grenze in die Divertikel über, ein Beweis für den kongenitalen Charakter des Befundes.

*Mettin.*CH

Ombrédanne, Riche, Faure, Broca: Traitement de l'appendicite. (Behandlung der Appendicitis.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. 39, Nr. 28, S. 1202—1212. 1913.

Ombrédanne weist auf eine ihm besonders gefährlich erscheinende Form der Appendicitis, speziell bei Kindern, hin, die er wegen der Gefahr der sekundären Peritonitis auf alle Fälle zu operieren rät: Sie ist charakterisiert durch Druckschmerzhaftigkeit noch am 2. bis 5. Tage, ohne Generalisation; geringes, aber 37,5° übersteigendes Fieber, etwas erhöhten Puls,

ermüdeten Gesichtsausdruck, initiales Erbrechen. Im allgemeinen rät Verf. zum Schluß der Bauchhöhle durch 3-Etagen-Naht, ohne Drainage. Er appliziert auf den Verband eine Eisblase, wie bei nichtoperierten Fällen. Riche plaidiert für die Frühoperation innerhalb 36—48 Stunden an Stelle der (in Frankreich) augenscheinlich noch sehr beliebten Intervalloperation. Seine Ausführungen gipfeln in dem Satze: Durch die Frühoperation könne man alle heilen, durch die Intervalloperation nur die, die nicht schon vorher gestorben sind. Faure ist im allgemeinen für die Frühoperation, glaubt aber, daß man in ausgesprochen gutartigen Fällen, gute Überwachung vorausgesetzt, abwarten könne. Bei jeder noch so geringen Verschlimmerung müsse dann aber sofort operiert werden. Broca bestreitet die Leichtigkeit der Diagnose, sie sei zuweilen sehr schwer (akute Gastroenteritis, Pneumonie); auch der Erfolg eines frühzeitigen Eingriffes sei nicht so unbedingt sicher. Zur intermediären Operation sollte man nicht ohne Grund schreiten. Ist einmal der rechte Augenblick versäumt, sei es besser, abzuwarten. Zum Schlusse warnt er davor, in jedem Falle, in dem sich „freies", in Wirklichkeit aber meist abgekapseltes Exsudat finde, gleich von allgemeiner Peritonitis zu sprechen und den eventuell günstigen Ausgang nur auf das Konto der Operation zu setzen. *Mettin.*CH

Beamish, F. T.: Case of appendicitis with an unusual complication. (Appendicitisfall mit einer ungewöhnlichen Komplikation.) Austral. med. journal Bd. 2, Nr. 112, S. 1199—1200. 1913.

14jähriges Mädchen, das am 6. Tage von mit schweren Erscheinungen einhergehender Appendicitis operiert wurde, zeigte Gangrän der unteren 18 Zoll der letzten Ileumschlinge. Ursache vielleicht entzündliche Anheftung der Schlinge im kleinen Becken und übermäßige Anspannung des Mesenteriums. Resektion. Heilung. *zur Verth* (Kiel).CH

Schnitzler, Julius: Tuberkulose und Appendicitis. (*Krankenh. Wieden, Wien.*) Med. Klinik Jg. 9, Nr. 38, S. 1538—1539 u. Nr. 39, S. 1584—1586. 1913.

Verf. untersucht erneut die Beziehungen einer latenten oder verkannten Lungentuberkulose zu den Symptomen, auf die hin in der Regel die Diagnose einer chronischen Appendicitis gestellt wird. Er steht auf dem Standpunkt, daß bei den meisten Fällen, bei welchen verschiedene Magen-Darmsymptome mit einer mehr oder weniger ausgesprochenen Druckempfindlichkeit in der Appendixgegend bei gleichzeitig bestehender latenter oder verkannter Lungentuberkulose zur Diagnose „chronische Appendicitis" führen, überhaupt keine Appendicitis, also weder eine tuberkulöse, noch eine banale Appendicitis, vorliegt, daß weiter die örtlichen und allgemeinen Krankheitszeichen, die zur Diagnose chronische Appendicitis und in einer sehr großen Reihe von Fällen auch zur operativen Konsequenz dieser Diagnose Anlaß geben, nur eine Folge der tuberkulösen Infektion sind, ohne daß dabei überhaupt eine örtliche Veränderung am Appendix vorhanden sein muß. Lediglich mikroskopische Veränderungen sind für die Erklärung klinischer Symptome der Appendicitis durchaus nicht ausreichend. In allen jenen Fällen, in welchen klinisch eine Appendicitis diagnostiziert wurde, am Appendix jedoch makroskopisch und topographisch-anatomisch nichts Abnormes zu sehen war, wird die Diagnose auf Appendicitis als nicht berechtigt betrachtet. Auch bei allen lymphatischen und hypoplastischen Individuen rät er mit der Diagnose einer chronischen Appendicitis, sowie mit dem Entschlusse zur Operation bei einer nicht akuten Appendicitis äußerst zurückhaltend zu sein. *zur Verth.*CH

Allen, Lewis W.: Ileo-Appendicular hernia of the appendix. (Hernie des Wurmfortsatzes in der Fossa ileo appendicularis.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 17, Nr. 2, S. 191—197. 1913.

In der Fossa ileo-appendicularis können Cysten und Hernien sich entwickeln; Hernieninhalt kann Dünndarm oder Appendix sein. Namentlich dies letzte Vorkommnis ist zu bedenken, wenn bei bestehender Appendicititis eine Appendix zunächst nicht gefunden wird.

Schluß der Arbeit kleine Kasuistik. Beschreibung eines eigenen Falles, bei dem auch der Ureter in das Entzündungsgebiet hineingezogen war, und daher eine Ureterresektion sowie eine Ureterenanastomose nötig wurde. *Heße* (Greifswald).

Law, Arthur A.: Primary inflammatory tumors of the cecum. (Primäre entzündliche Coecumtumoren.) Journal-lancet Bd. 33, Nr. 20, S. 577—580. 1913.

Law glaubt ca. 9% derartiger gutartiger Erkrankungen einer primären Typhlitis (bei — anfangs wenigstens — normaler Appendix) und erst die übrigen 91% der Appendicitis ätiologisch zur Last legen zu müssen. — Besprechung der Faktoren, die

ätiologisch in Frage kommen, Betonung der mechanischen (Koprostase — Fremdkörper). L. nimmt z. B. zunächst eine mechanische Verletzung der Mucosa und nun folgend eine Infektion an, welche von der Mucosa aus verschiedene Tiefen erreichen kann. Ausgang solcher Ulcera: chronischer Verlauf, Malignität, ev. Heilung mit Narbe, Adhäsionen. Diagnose sehr unsicher. Differentialdiagnostisch sind Neoplasmen, Tuberkulose, Aktinomykose, Appendixabsceß oder auch nur Adhäsionen, Kotstauung usw. zu erwägen. Gelegentlich kommen derartige Tumoren auch an der Flexura sigmoidea vor. Zum Schluß Beschreibung eines derartigen Falles am Coecum, der durch Resektion und Enteroanastomose geheilt wurde. *Heße* (Greifswald).

Jackson, J.-N.: Péricolite membraneuse. (Die Pericolitis membranosa.) Arch. des malad. de l'appar. dig. Jg. **7**, Nr. **9**, S. 513—521. 1913.

Unter Pericolitis membranosa versteht Jackson eine schleierartige Umhüllung des Kolon, besonders des Colon ascendens und Coecum, durch bindegewebige Verdickungen, so daß sich das Kolon in ihnen bewegt, „gleichsam wie ein Foetus in seiner Amnionhülle". Die Membranen sind nicht neugebildet, sondern entsprechen der normalen Serosa, die durch entzündliche Vorgänge, die vom Dickdarminnern selber ausgehen, gelockert ist. J. lehnt damit die mechanische und kongenitale Genese ab. Diese deswegen, weil nie Kinder von dem Leiden betroffen werden, jene, weil die als ursächlich angenommene Obstipation nicht immer vorhanden und somit nur eine Folge der Membranbildung ist. Besonders in alten Fällen können die Membranen zu Darmverlagerung und Okklusion führen, frische Umhüllungen hindern aber die Darmbeweglichkeit nicht. Die Diagnose kann ermöglicht werden subjektiv durch fieberfreie Coecumkoliken mit Gargouillement, Hyperästhesie der Bauchhaut, Obstipation wechselnd mit Diarrhöen, ulcusähnliche Magenbeschwerden, Abmagerung, leichte Ermüdbarkeit mit neurasthenischen Erscheinungen, objektiv durch abnorm langes Verweilen des Wismutschattens in dem ptotischen und dilatierten Coecum. In schweren Fällen kommt es zu Autointoxikationen. Die konservative Behandlung beschränkte sich auf diätetische Maßnahmen, Bauchmassage und -bandage, Antisepsis des Darmes. Chirurgisch sind zwei Aufgaben zu erfüllen: Beseitigung der Membranen und der Mobilität und Atonie des Coecums. Die Methode der Wahl ist die Excision aller Membranen mit der vertikalen oder transversalen Coecoplicatio. Die Resultate sind gut. Bei zu ausgedehnten Membranbildungen und atrophischem, geschrumpftem Colon ascendens kommen als Ausnahmeverfahren die Coecosigmoidostomie und die partielle Kolektomie in Betracht. Jedenfalls ist die Ileosigmoidostomie zu unterlassen. Die Coecostomie, Appendicostomie und Coecopexie schaffen nur vorübergehenden Nutzen. *Klose* (Frankfurt a. M.).CH

Pieri, Gino: La rettorrafia transcutanea nella cura del prolasso rettale grave nei bambini. (Die transcutane Rectorhaphie des Rectum als Behandlungsmethode der schweren Rectumprolapse der Kinder.) (*Clin. pediatr., univ., Roma.*) Riv. di clin. pediatr. Bd. **11**, Nr. 9, S. 664—675. 1913.

Verf. beschreibt das von Ekehon und Hohmeyer angegebene Verfahren der transcutanen Rectorhaphie. — 2 cm hinter dem Anus wird eine Catgutnaht durch die Haut und die hintere reponierte Mastdarmwand durchgezogen und über die Haut geknüpft. Eine zweite ähnliche Naht wird 4 cm weiter hinten mit einer stark gebogenen Nadel angelegt, diese letzte Naht umfaßt die Spitze des Coccyx. Die zwei Nähte werden am 8. bis 10. Tage wieder entfernt. Die durch die Fadenschlinge hervorgerufene Entzündung verhindert den Prolaps der Mastdarmwand. — Mitteilung von drei geheilten Fällen. *Monnier* (Zürich).CH

Kabanow, B. Th.: Über die Diagnose der Magendarmaffektionen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. (*Physiol. Inst. u. med. Klin., Halle a. S.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 39, S. 2164—2165. 1913.

Anschließend an frühere Untersuchungen über die Beziehungen der perniziösen Anämie mit Veränderungen des Magendarmkanals (vgl. dieses Zentralblatt Bd. 8,

S. 88), hat Verf. versucht mit der Abderhaldenschen Dialysiermethode diese Verhältnisse und andere Fragen der Pathologie des Verdauungstraktus zu klären. Es wurden die Sera von perniziösen Anämien und verschiedenen Erkrankungen des Magens und Darmes gegen Magen, Pylorus, Duodenum, Dünndarm, Appendix, Dickdarm, Leber usw. geprüft. Es ließen sich Fermente nachweisen, die auf einzelne Partien des Magendarmkanals eingestellt waren. Die Sera von perniziösen Anämien reagierten meist nur auf Magen, seltener auf Dünndarm, das Serum eines Ulcus duodeni nur auf Duodenum usw. *Pringsheim* (Breslau).[M]

Seemann, H.: Zur Therapie der Hämorrhoiden. Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. 20, Nr. 43, S. 1304—1308. 1913.

Abgesehen von der operativen Behandlung der Hämorrhoiden, beschränkt sich die lokale Behandlung hauptsächlich auf die Anwendung von Suppositorien und Hantelpessaren. Erstere sollen durch ihre Bestandteile schmerzstillend, außerdem erweichend auf den meist harten Stuhlgang einwirken, letztere durch konstanten Druck die Knoten zur Verödung bringen.

Beide Eigenschaften vereinigt das vom Verf. warm empfohlene Braunsche Pessar. Es besteht aus einer Hartgummihülse und enthält im Inneren eine Salbe aus Resorcin, Bismuth. oxyjodtannat., Zinkoxyd und Ol. cacao. Nach Einführung des Pessars verflüssigt sich der Salbeninhalt, der den Stuhl erweicht, heilend auf die Schrunden wirkt, nachdem vorher durch den Druck des Pessars die Knoten zur Behandlung vorbereitet sind. Die mitgeteilten Heilungen hartnäckiger Fälle sprechen sehr für das einfache Verfahren. *Henrich* (Bochum).

Böhm, Ferdinand: Ein Fall von kongenitaler Gallengangsatresie mit Gallengangscyste. (*Pathol.-anat. Inst., dtsch. Univ., Prag.*) Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre Bd. 1, H. 2, S. 105—129. 1913.

Neugeborenes Kind mit acholischen Stühlen und Ikterus. Die Zeit des Eintritts des Ikterus wurde von Hebamme und Mutter verschieden angegeben. Nach Angaben der Hebamme trat derselbe sofort nach der Geburt ein, nach Angabe der Mutter erst nach 14 Tagen. Wassermann negativ. Furunkulose. Exitus nach 4 Wochen. Die Erkrankung wurde als angeborener Defekt der Gallenwege aufgefaßt. Die Sektion bestätigte die Diagnose. Es bestand eine Atresie des Choledochus mit Gallengangscyste. Auf Grund der anatomischen und histologischen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß es sich um eine kongenitale Mißbildung als Folge der Veränderungen nach Ausbleiben der Lösung der Epithelokklusion handelte. Eine während des extrauterinen Lebens stattgehabte Entstehung konnte allerdings nicht völlig ausgeschlossen werden. *Kleinschmidt* (Leipzig).[CH]

Harnorgane:

Kidd, Frank: The diagnosis and treatment of haemic infection of the urinary tract. (Diagnose und Therapie der hämatogenen Infektion des uropoetischen Systems.) Practitioner Bd. 91, Nr. 5, S. 609—618. 1913.

Auf Grund von 33 Fällen von Pyurie, fordert Verf. die Anwendung der gesamten modernen urologischen Untersuchungsmethoden, der Zwei-Gläser-Probe, der Cystoskopie, des Ureteren-Katheterismus, der bakteriologischen Untersuchung der Einzel-Nieren-Harne, der Röntgennntersuchung, der mikroskopischen Untersuchung der Drüsensekrete usw., die allein eine exakte Diagnose ermöglichen. Schon die rein konservative, abwartende Behandlung erbringt 42% Heilungen. Die Nieren heilen meist — in 18% — zuerst aus, die Nierenbeckenspülungen sind imstande, auch die meisten chronischen Fälle zu heilen und die Nephrektomie erscheint bei Nierenbecken-Entzündungen nur äußerst selten angezeigt. Eine exakte Behandlung der Prostata läßt oft eine Pyurie verschwinden, dagegen scheint die Vaccinetherapie keine Erfolge zu zeitigen. Verf. schließt mit dem Hinweis, daß eine exakte urologische Diagnostik den Primärherd der Infektion gerade auch bei anscheinend hoffnungslosen chronischen Fällen finden und daß eine dementsprechende Therapie auch hierbei fast stets eine Heilung bringen wird. *Kneise* (Halle a. S.).

Bernasconi et Laffont: Sur un cas de pyélite consécutive à la défloration. (Über einen Fall von Deflorationspyelitis.) Semaine gynécol. Jg. 18, Nr. 39, S. 309. 1913.

Bei jungverheirateten Frauen entstehen oft Entzündungen der unteren Harnwege,

für die man früher fast immer den Gonokokkus verantwortlich machen wollte. Erst in neuester Zeit hat Wildbolz gezeigt, daß es sich meistens um Koliinfektionen kleiner Schleimhautrisse handelt, die den Ausgangspunkt für aufsteigende Erkrankungen des uropoetischen Systems bilden. Verff. beschreiben ausführlich einen derartigen Fall, in dem es zu einer Cystitis und aufsteigenden linksseitigen Pyelitis gekommen war. Nach 3maliger Nierenbeckenspülung mit 1 proz. Silbernitratlösung trat dauernde Heilung ein. *Keller* (Zürich).

Morris, Robert T.: How often do patients recover spontaneously from tuberculosis of the kidney? (Wie oft genesen Patienten spontan von Nierentuberkulose?) Urol. a. cut. rev. Bd. **17**, Nr. 9. S. 467. 1913.

Morris diagnostizierte bei einer Patientin Nierentuberkulose, welche sich lediglich auf Allgemeinbehandlung hin wesentlich besserte. Außerdem hatte er Kaninchen menschliche Tuberkelbacillen in die Niere injiziert mit der Absicht, nach Entwicklung des Krankheitsprozesses die Nierenarterie bzw. -vene zu therapeutischen Versuchen zu unterbinden. Verf. kam aus äußeren Gründen nicht zur vollständigen Durchführung der Experimente, und die Tiere genasen, obgleich er einen Monat nach der Injektion auf dem Weg der Laparotomie rapide Tuberkuloseentwicklung in den Nieren festgestellt hatte. Die Beobachtung am Krankenbett und das Tierexperiment legen nach Morris die Annahme nahe, daß menschliche Nierentuberkulose unter Allgemeinbehandlung spontan ausheilen kann. *Gebele* (München).CH

Mock, Jack: A propos de la néphrectomie sans drainage pour tuberculose rénale. (Zur Nephrektomie ohne Drainage wegen Nierentuberkulose.) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 3, S. 415—418. 1913.

Nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose sieht man nicht selten Fisteln auftreten, die nur sehr langsam heilen. Die primäre Drainage der Wunde begünstigt das Auftreten dieser Fisteln fraglos. W. Majo ist seit 2 Jahren von jeder Drainage abgegangen. Nachdem noch vor wenigen Jahren von der Drainage überhaupt ein viel zu ausgiebiger Gebrauch gemacht wurde, kommt man nun mehr und mehr in der chirurgischen Technik davon ab, insbesondere ist der Usus geläufig geworden, das Drain durch eine besondere kleinste Öffnung herauszuleiten und schon nach kürzester Zeit zu entfernen. Die Vorteile dieser Bestrebungen sind unverkennbar. Chevassu hat unter 25 Nephrektomien wegen Tuberkulose 10 mal Primaheilung erzielt und die meisten der übrigen Fälle heilten im Verlaufe des ersten Monats ohne Fistel. Delbet ist ebenfalls Anhänger der Methode und hatte befriedigende Resultate. Legueu hat in letzter Zeit 6 Operierte nicht drainiert, mit ausgezeichnetem Erfolg und ist der Ansicht, daß etwa in 1 auf 4 Fälle man ohne Drainage auskommt. Kasuistik eines Falles mit glatter Primaheilung. *Hans Brun* (Luzern).CH

Rolleston, H. D.: Symmetrical necrosis of the cortex of the kidneys associated with suppression of urine in women shortly after delivery. (Symmetrische Nekrose der Nierenrinde mit Urinretention bei Frauen kurz nach der Entbindung.) Lancet Bd. **2**, Nr. 17, S. 1173—1175. 1913.

Seltene Erkrankung. 10 Fälle aus der Literatur, 1 eigene Beobachtung. Das klinische Bild ähnelt der Anurie bei Nierensteinen, doch sind fast immer auch urämische Symptome vorhanden. Besonders bei schon vorher kranken Nieren sind häufig Konvulsionen zu beobachten. Die symmetrisch vorhandenen Nekroseherde der Nierenrinden sind begleitet von Thrombosen in den Nierengefäßen, vorzugsweise in den interlobulären Arterien der mittleren Rindenzone (Endarteritis). Der Zusammenhang zwischen beiden Vorgängen steht noch zur Diskussion; Verf. glaubt, daß das Blut bei Gebärenden besonders leicht zur Koagulation neigt. Degeneration der Nierenzellen und Thrombose seien durch den gleichen toxischen Vorgang bedingt, die Thrombose vervollständige lediglich die Nekrose der Rindenbezirke. *Hagen* (Nürnberg).

Monod, Gustave: On the so-called movable kidney disease. (Über die sogenannte Wandernierenerkrankung.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 5. S. 675—680. 1913.

Die Wanderniere ist keine Erkrankung, sondern nur ein Symptom. Eine operative Behandlung ist zu verwerfen. Therapie: Leibbinde, Regelung des Stuhlgangs, Fleischnahrung und natriumbicarbonathaltige Mineralwässer. *Knorr* (Berlin).

Suckling, C. W.: Nephroptosis, dropped kidney. Its effect upon the nervous system, with special reference to insanity. (Nephroptosis-Wanderniere. Ihre Wirkung auf das Nervensystem, mit besonderer Berücksichtigung der Geistesgestörtheit.) Lancet-clin. Bd. **110**, Nr. 12, S. 304—307, Nr. 13, S. 331 bis 334 u. Nr. 14, S. 354—357. 1913.

Suckling, der Neurologe ist, fand unter etwa 40% seiner weiblichen und unter 6% seiner männlichen Klientel Wanderniere, und zwar in allen Ständen; auch bei den kräftigsten Leuten. Die Untersuchung muß im Stehen des Kranken vorgenommen werden. Eine normal gelegene Niere kann nicht gefühlt werden. S. fand Wanderniere bei Kindern; er berichtet von einen $4^1/_2$jährigen Knaben, der durch Operation geheilt wurde.

Ätiologisch kommt die familiäre Disposition in Betracht; eine wichtige Rolle spielt das Trauma. (Jede Art von Sport bei Übertreibungen desselben.) Kopf- und Rückenschmerzen, Schmerzen im Abdomen, Albuminurie, orthotische Albuminurie treten als häufige Symptome der Wanderniere auf. Die Brightsche Krankheit, Leukorrhöe, Amenorrhöe treten als Folgekrankheiten auf usw. S. unterscheidet zwischen der beweglichen Wanderniere und der „gedrehten" Niere, bei der es leicht zu schwereren Folgeerscheinungen infolge der Kompression des Ureters kommt. Gerade diese hält er für besonders deletär, da nach ihm alle nervösen im Gefolge des Leidens auftretenden Krankheitserscheinungen bis zur völligen Geistesgestörtheit auf eine Toxämie infolge der Urinstauung zurückzuführen sind.

S. sieht auf 300 solche mit bestem Erfolge operierte Fälle zurück. Mindestens 80% der Fälle werden geheilt. Die Heilung tritt innerhalb der nächsten Wochen oder Monate nach der Nephropexie ein. Eine Anzahl charakteristischer Krankengeschichten sind in die Arbeit eingeflochten. *Colmers* (Koburg).

Swain, James: Hypernephroma or mesothelioma of the kidney. (Hypernephrom oder Mesotheliom der Niere.) Bristol med. chirurg. journal Bd. **31**, Nr. 121, S. 213—219. 1913.

Swain berichtet über 2 von ihm operierte Fälle von Hypernephrom und beschreibt die primären und sekundären Symptome dieses häufigsten Nierentumors. Differentialdiagnostisch betont S. besonders, daß ein rasch wachsender solider Nierentumor beim Kind ein Sarkom, eine langsam wachsende solide Geschwulst beim Erwachsenen ein Hypernephrom erwarten lasse. Die Frage, ob der häufigste Nierentumor pathogenetisch als Hypernephrom (Grawitz) oder als Mesotheliom (Wilson) anzusprechen ist, läßt Verf. offen und teilt nur die von Glynn, Stoerk, Wilson gegen die Grawitzsche Theorie erhobenen Einwände mit. *Gebele* (München).CH

Dumont, Fritz L.: Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Nierenkapselgeschwülste. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **2**, H. 1, S. 13—17. 1913.

Bericht über ein mannskopfgroßes Liposarkom der Nierenfettkapsel einer 50jährigen Frau, bei dem die Vermutungsdiagnose Netztumor oder Gekrösegeschwulst gestellt war und das mit Erfolg operiert worden ist. Nach der Küsterschen Monographie sind mir 70 Fälle von Neubildung der Nierenhüllen bekannt. *Oehlecker* (Hamburg).CH

Furniss, Henry Dawson: Beneficial effect of renal decapsulation as shown by functional tests before and after operation. (Guter Erfolg einer Nierendekapsulation, ersichtlich durch die Funktionsprüfung vor und nach der Operation.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a. gynecol., meet. 22. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 4, S. 780—782. 1913.

Die Nieren einer Frau, die während der letzten Schwangerschaft Eklampsie hatte, funktionierten schlecht; es wurden nur 15% Phenolsulphonphthalein ausgeschieden (in der ersten Stunde). Sie litt auch an Kopfschmerzen. Der Autor machte beiderseits die Nierendekapsulation mit dem Erfolg, daß die Ausscheidung auf 65% in der 1. um 15% in der 2. Stunde stieg; die Kopfschmerzen verschwanden. *Weibel* (Wien).

Braasch, Wm. F.: Clinical data on renal lithiasis. (Klinische Mitteilungen zur Steinniere.) Journal of the Tennessee State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 6, S. 209 214. 1913.

Erfahrungen auf Grund von 251 operierten Patienten. Die Lokalisation der Schmerzen außerordentlich variabel und vieldeutig. Die wichtigsten Hilfsmittel zur Diagnose sind die Röntgenuntersuchung, die Pyelographie und die Cystoskopie. Bei der Röntgen-

untersuchung ist zu berücksichtigen, daß es Steine gibt, die keinen Schatten machen (die weichen, sekundären Steine bei Pyonephrose, die ganz kleinen Konkremente bei der sogenannten Oxaluria dolorosa, und die cystin-, bzw. harnsauren Steine). Auch sind Verwechslungen möglich mit verkalkten Partien in alten Narben des Nierengewebes und in verkästen tuberkulösen Herden. Die Cystoskopie gibt namentlich im Verein mit dem Radiogramm gute Anhaltspunkte (Pyurie auf der betreffenden Seite). Die Pyelographie ist besonders wertvoll für die Lokalisation eventueller Steinschatten (Nierenbecken- oder Rindensteine). Der makroskopische Befund von Blut im Urin ist immer verdächtig, der mikroskopische Nachweis von Blut findet sich bei so verschiedenen anderen Nierenaffektionen, daß er praktisch von untergeordneter Bedeutung ist. Wertvoller, wenn auch nicht absolut beweisend, ist der mikroskopische Nachweis von Eiter im Urin. Ein Übergreifen der Infektion auf das perirenale Gewebe ist nicht so selten als man allgemein annimmt, länger anhaltende Schmerzen (über 1 Woche und noch mehr) zeigen oft einen entstehenden perinephritischen Absceß an. Dieser Vorgang findet sich häufiger bei Rindensteinen. Differentialdiagnose mit anderen abdominellen Erkrankungen (Gallenblase, Appendix). Zur Aufklärung über die Funktion der erkrankten Niere empfiehlt Verf. die Phenolsulfophthaleinreaktion, welche nicht zu übersehende Anhaltspunkte bietet. *Hagen* (Nürnberg).

Tarozzi, Edoardo: A proposito della sutura del rene a seguito di nefrotomia sul bordo convesso. (Zur Nierennaht nach Nephrotomie an der Konvexität.) Policlinico, sez. prat. Jg. **20,** Nr. 40, S. 1433—1435. 1913.

Es ist festzuhalten, daß a priori ein Gewebe von der anatomischen Kompliziertheit und hohen physiologischen Bedeutung des Nierenparenchyms nicht grob durchbohrt, noch komprimiert werden darf, ohne daß vorübergehende oder dauernde Veränderungen entstehen. Verf. empfiehlt deshalb, nach der Nephrotomie durch Sektionsschnitt, welche unter Kompression des Nierenstieles gemacht wird, die Schnittflächen genau aneinanderzulegen und gleichmäßig und vollständig durch einen mäßigen Druck zusammenzupressen. Die Kompression des Nierenstiels wird dann aufgehoben und der Druck gleichmäßig fortgesetzt. Erst wenn die Niere ihre normale Blutfülle wieder angenommen hat, werden die vorher durchgelegten Faden geknotet, und zwar mit so mäßigem Zug, daß keine Rinnen entstehen. Die Erfolge an Hunden und am Menschen waren befriedigend. Hämorrhagien und Harnfisteln sind nicht aufgetreten. — Den Wert dieser blutstillenden Nierenkompression würdigend, entwickelt Verf. die Idee, die Parenchymnähte der Niere selbst auch noch aufzugeben und mit einer perirenalen Naht auszukommen und zwar in der Art, daß gewissermaßen ein Netz von Faden die Niere umschlingt und die Wundflächen mäßig zusammendrückt. Die Methode hat sich auch klinisch bewährt. *Hans Brun* (Luzern).[CH]

Firth, J. Lacy: On nephropexy. (Über Nephropexie.) Bristol med. chirurg. journal Bd. **31,** Nr. 121, S. 220—226. 1913.

Firth führte früher die Nephropexie nach Edebohls, dann nach Hutchinson aus und wählte jetzt 10mal den von Billington vorgeschlagenen Weg. Die Billingtonsche Methode, welche F. zur Behandlung der Wanderniere warm empfiehlt, ermögliche die Fixation der Niere in normaler Höhe, während erstere Operationsmethoden die Niere niedriger befestigen. Die Operation wird, kurz skizziert, folgendermaßen ausgeführt:

Schrägschnitt, über dem 11. Intercostalraum beginnend. Abtrennung des Fettes und der Fascie von den Rückenmuskeln, auf einige Entfernung nach oben und unten von der letzten Rippe. Dislokation der Niere in die Lende und Lösung derselben aus allen Verbindungen und ihrem Fett. Bildung eines Lappens aus der Nierenkapsel im Bereich der oberen Nierenhälfte, wobei $^2/_3$ des Lappens der Hinterfläche, $^1/_3$ der Vorderfläche der Niere angehören. Legung zweier subkapsulärer Haltnähte an der unteren Nierenhälfte, die Nahtenden werden durch die Muskeln und die Haut oberhalb der Wunde durchgeführt und über Gazebauschen geknüpft. Kanalbildung bzw. Führung einer gebogenen Zange im 11. Intercostalraum am Rand des Erector trunci um die letzte Rippe herum, worauf der Kapsellappen gefaßt und oberhalb der letzten Rippe herausgezogen wird. Der umgeschlagene Lappen

wird am unteren Rand der Rippe an die Nierenkapsel angenäht. Eine Gefahr der Methode sei allerdings die Verletzung der Pleura bei der Kanalbildung, was Verf. einmal bei Verwendung einer Aneurysmanadel passierte. Der Fall wird mitgeteilt. Die Gefahr lasse sich durch Verwendung der gekrümmten, stumpfen Spencer-Wells-Zange, die auch von Billington empfohlen wird, umgehen. *Gebele* (München).CH

Miller, A. G.: Can the urinary bladder empty itself. (Kann die Harnblase sich selbst entleeren?) Edinburgh med. journal Bd. **11**, Nr. 4, S. 316—318. 1913.

Bei Erschlaffung des M. sphincter vesicae und folgender Kontraktion des M. depressor urinae geht der Miktionsakt aus eigenen Kräften der Harnblase, d. h. ohne Mithilfe akzessorischer Muskeln (Bauchdecken) vor sich. Den in späteren Lebensjahren so überaus häufigen Befund von Residualharn — ohne Striktur der Urethra, ohne erheblichere Prostatahypertrophie und ohne Erkrankung des nervösen Zentralapparates — führt Verf. darauf zurück, daß der moderne Mensch sich in jungen Jahren nicht die Zeit nimmt, die Harnentleerung nur der Blase selbst zu überlassen, sondern durch Mitinanspruchnahme der Bauchpresse den Akt beschleunigt. Dadurch verlernt die Blase sich selbständig ganz zu entleeren. Um also die Blase im „Training" zu erhalten, rät Verf. mehr „Zeit und Geduld" auf die Urinentleerung zu verwenden! *Posner* (Jüterbog).CH

Bowles, Thomas: Cystocele. (Cystocele.) Eclectic med. journal Bd. **73**, Nr. 11, S. 582—584. 1913.

Klinische Studie. *Mathes* (Graz).

Bogert, Frank van der: Colon bacillus cystitis with alcaline urine. (Cystitis durch Bacillus coli mit alkalischem Urin.) Pediatrics Bd. **25**, Nr. 9, S. 579 bis 580. 1913.

Kind von 10 Monaten, wenig entwickelt, hatte Fieber, Schmerzen in der Blasengegend, schleimig eitrigen Urin und Abgang von Gas aus der Blase beim Urinieren. Der Urin war alkalisch und enthielt Bacillus coli und Streptococcus albus, die wohl die Zersetzung des Urins bewirkt hatten. Heilung durch innere Medikation. *C. Hoffmann* (Berlin).K

Taddei, Domenico: Sulla estirpazione totale della mucosa vesicale. (Endocistectomia totale.) (Über die Totalexstirpation der Blasenschleimhaut [Endocystectomia totalis].) Ann. d. facoltà di med. Bd. **3**, Nr. 2, S. 65—79. 1913.

Taddei hat die Totalexstirpation der Blasenschleimhaut experimentell an 10 Hündinnen und 4 Hunden ausgeführt. Hündinnen sind geeigneter, weil beim suprapubischen Schnitt bei Hunden der Penisknochen stört. Drei Tiere starben an Infektionen. Seine Technik bestand darin, daß er nach Eröffnung der Blase diese wie ein Hernie ektropionierte und nun von einem kleinen Einschnitt aus mit stumpfer Schere die gesamte Mucosa von der Submucosa ablöste; besondere Sorgfalt war an den Ureterenwülsten notwendig, doch gelang die Totalexstirpation stets und überraschend leicht. Nach Blutstillung durch Tamponade wurde die Blase fortlaufend mit Catgut genäht und die Bauchwunde primär verschlossen. 5—214 Tage nach der Operation wurden die Tiere getötet. Es zeigte sich, daß ein vollkommener Ersatz der Schleimhaut eingetreten war; die Restitutio war um so schöner, je länger die Tiere am Leben geblieben waren. Auch das Fassungsvermögen der Blase wurde absolut normal. Mikroskopische Untersuchungen ergaben nur Neubildung von Gefäßen und Bindegewebe in der Submucosa bei völlig regelrechtem Epithelbesatz. Nieren und Ureteren zeigten mikroskopisch keine Veränderungen. Vier histologische Zeichnungen. — Auf Grund dieser Untersuchungen glaubt T. raten zu können, daß man gegebenenfalls auch beim Menschen große Stücke der Blasenschleimhaut, ja sogar diese völlig entfernen darf. Die Auslösung der Mucosa mit stumpfer Schere dürfte auch hier die Methode der Wahl sein. *Posner* (Jüterbog).CH

Duroeux, Louis: Étude clinique et traitement de la syphilis de la vessie. (Diagnostik und Therapie der Harnblasensyphilis.) Méd. prat. Jg. **9**, Nr. 40, S. 625—627. 1913.

Verf. behandelt die Symptomatologie und Diagnostik der sekundären wie tertiären Lues ausführlich, zeigt, wie die Symptome bei beiden Formen denen bei gewöhnlichen stärkeren Cystitiden fast gleich sind, wie aber die cystoskopische Untersuchung ganz

bestimmte Bilder aufweist: bei der sekundären Syphilis Veränderungen in Form der Maculae oder von Ulcerationen ganz besonderen Gepräges, bei der tertiären Form Ulcerationen infolge von Erweichung gummöser Herde oder papillomatöse Veränderungen bestimmter Art. Er zeigt weiter, wie bei unbehandelten Fällen tertiärer Lues Blasen-Darm-, Blasen-Scheiden-, Blasen-Rectum-Fisteln sich bilden können, und wie sogar Durchbrüche in die freie Peritonealhöhle mit allgemeiner Peritonitis und Tod vorkommen können, eine Tatsache, auf die bisher sicher sehr wenig geachtet worden ist. In der Therapie versagt naturgemäß die allgemein übliche Cystitisbehandlung, es muß vielmehr eine durchgreifende antiluetische Kur durchgeführt werden, die volle Heilung der Blasensyphilis bringt. *Kneise* (Halle a. S.).

Pilcher, Paul M.: The treatment of tumors of the bladder. (Die Behandlung der Blasentumoren.) (*Pilcher priv. hosp.*) Urol. a. cut. rev. Bd. **17**, Nr. 9, S. 470 bis 472. 1913.

Verf. unterscheidet zwischen Papillomen, primären Blasencarcinomen und rezidivierenden malignen Tumoren. Für die Papillome verwendet er mit Erfolg (2 Fälle) die Beersche Methode der unipolaren Hochfrequenzströme im Cystoskop. Bei einem rezidivierenden malignen Tumor brachte die Anwendung des bipolaren Hochfrequenzstromes nach d'Arsonval an der suprapubisch eröffneten Blase vollen Erfolg. Resektion war hier wegen des Sitzes am Trigonum und beiden Ureteröffnungen nicht möglich. Da die Resektionen der Blase bei primärem Carcinom stets zu Rezidiven geführt haben, geht er jetzt nach möglichster Ausräumung der Tumormassen mit besseren Resultaten nur mit Hochfrequenzströmen gegen das Tumorbett vor. *Hoffmann* (Dresden).CH

Pedersen, James: Neoplasma of the bladder. (Neubildung der Blase.) Post-graduate Bd. **28**, Nr. 10, S. 909—917. 1913.

Im wesentlichen ein Extrakt bekannter Referate, hauptsächlich von v. Frisch; es behandelt die Exstirpation der Blase, die endovesicalen und suprapubischen Eingriffe bei Tumoren der Harnblase. Der Autor fügt noch eigene Erfahrungen über die Behandlung der Papillome mit dem Hochfrequenzstrom bei. *Weibel* (Wien).

Shallenberger, W. F.: Some diseases of the female urethra. (Einige Krankheiten der weiblichen Harnröhre) Journal-rec. of med. Bd. **60**, Nr. 7, S. 303 bis 308. 1913.

Die Urethra des Weibes ist selten Sitz von Strikturen und von malignen Tumoren. Häufiger kommen Karunkel vor, die operativ zu behandeln sind. Sehr oft übersehen wird die chronische Urethritis. Derartige Fälle werden häufig nutzlos mit Blasenspülungen, Urotropin usw. behandelt. Bisweilen gehen sie auch unter der Diagnose Neurose. Ätiologisch kommen in Betracht: akute Infektion (vor allem Gonorrhöe), akute und chronische Infektionen der Harnwege und der oberen Luftwege, Darmkatarrhe. Symptome: Schmerzhafte Miktion, dauernder dumpfer Druck oder Schmerzattacken. Das Endoskop zeigt kongestionierte und granulierte Schleimhaut. Durch Injektion von 4—10 proz. Silbernitrat ist die Affektion meist in wenigen Sitzungen zu heilen. *Liek* (Danzig).

Christian, Henry A.: General summary of the significance of methods of testing renal function. (Eine Übersicht über die Bedeutung der Methoden zur Bestimmung der Nierenfunktion.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169**, Nr. 13, S. 468—470. 1913.

Christian gibt in allen Fällen der Methode unter Benutzung von Sulfonphthalein den Vorzug. *Saxinger* (München).CH

Mamma:

Campbell, J. Argyll: The chemistry of the mammary gland. (Die Chemie der Brustdrüse.) (*Dep. of physiol., univ., Edinburgh.*) Quart. journal of exp. physiol. Bd. **7**, Nr. 1, S. 53—56. 1913.

Verf. konnte zeigen, daß die Zusammensetzung der Brustdrüsen von säugenden Hündinnen und Katzen sehr wechselnd ist, sowohl innerhalb derselben Drüse als auch zwischen den Drüsen verschiedener Tiere. Nur wenn Milch vorhanden war, fand sich Lactose. *Brahm* (Berlin).x

Geburtshilfe.

Allgemeines:

Laserstein: 1. Geburtshilfliche Betrachtungen. Med. Reform Jg. 21, Nr. 20, S. 377—380 u. Nr. 21, S. 394—395. 1913.

Betrachtungen über Desinfektion des Operationsfeldes und Händedesinfektion. Operationstechnische Mitteilungen. Von den geburtshilflichen Betrachtungen des Verf. sind hervorzuheben die Beobachtungen über den Stand des inneren Muttermundes (Kontraktionsring) unter der Geburt, und die Verwertung dieser äußeren Untersuchung für die Feststellung der Weite des äußeren Muttermundes. Der Kontraktionsring zieht sich in einem direkten Verhältnis zum äußeren Muttermund zurück, wenn nicht abnorme Verhältnisse vorliegen wie Narbengewebe am äußeren Muttermund, enges Becken, Krampfzustände. Erläuterung an der Hand einer Zeichnung. Den Dammschutz hält Verf. für überflüssig, unter Umständen sogar für bedenklich, da die gegen den Damm gedrückte Hohlhand den von innen reißenden Scheidendammriß doch nicht aufhalten, höchstens verschlimmern kann. Dagegen ist Seitenlagerung und Direktion der Bauchpresse von großem Nutzen. Gefahren der Infektion durch den Dammschutz. Bemerkungen über Geburtsprognose beim engen Becken. Wichtig ist das Ausmessen des Beckens mit dem betreffenden Kindskopf! Bei Abortblutungen möglichst konservative Behandlung. Bemerkungen zur Abortausräumung. Für die Eklampsiebehandlung wird Aderlaß ($^1/_2$ Liter) empfohlen und forcierte Entbindung. Für Placenta praevia am besten Anstaltsbehandlung. Bei lateralem Sitz genügt Blasensprengung, bei zentralem Sitz kombinierte Wendung. Gefahr der Cervixzerreißung! Gynaekologische Betrachtungen über Röntgen- und Radiumbehandlung. Genaue Schilderung der Ringbehandlung. *Eisenbach* (Tübingen).

Hoytema, D. H. van: Operative Geburtshilfe. (*Leidener Klinik.*) Nederl. maandschr. voor verlosk. en vrouwenz. Jg. 2, Nr. 9. S. 574—581. 1913. (Holländ.)

Jahresreferat über 1912. *C. H. Stratz.*

Schwangerschaft:

Lams, Honoré: Les causes déterminantes du sexe. (Die das Geschlecht bestimmenden Ursachen.) Ann. et bull. de la soc. de méd. de Gand Bd. 4, H. 10, S. 373—388. 1913.

Historischer Überblick über bisher geübte Methoden und Prozeduren zwecks willkürlicher Geschlechtsbestimmung. — Statistik und Physiologie haben versagt. Nur die Embryologie wirft einiges Licht auf die Frage nach den geschlechtsbestimmenden Faktoren. Progamie (jedes Ei hat von Beginn festgelegtes Geschlecht) und Epigamie (das befruchtete Ei, zunächst neutral, erhält sein Geschlecht erst durch Einflüsse innerhalb der ersten 3 Monate) ist unwahrscheinlich, dagegen Syngamie (das neutrale Ei erhält durch die Befruchtung seinen Geschlechtscharakter) anzunehmen. Für die Progamie trat Lenhossek ein nach den bei der Dinophile, den Radiolaren, den Alphiden, einigen Schmetterlingen und Wespen beobachteten Tatsache, daß aus großen Eiern sich Weibchen, aus kleinen Männchen entwickeln. Die Epigamie vertrat Prevost, Dumas und Schenk. Ihn steht der Umstand entgegen, daß ein befruchtetes Ei mehrere Embryos hervorbringt, monoplacentare Zwillinge stets eines Geschlechts, biplacentare Zwillinge aber trotz der gleichen Verhältnisse, denen sie ausgesetzt gewesen, oft verschiedenen Geschlechts sind. Die Annahme, daß der stärkere (Giron de Buzareingues, Sanson) oder der schwächere, (Starkweather, van Lisst, Billon) der Eltern mit seinem Geschlecht entscheide, daß ein Wechsel in der Reihenfolge der Monate (Thomas-Caraman) oder in der Zeit der Befruchtung vor oder nach der Regel (Thury, Dartigues), daß der Reichtum des Eies an Deutoplasma, durch Lecithinfütterung künstlich erzielt, entscheidend wirke (Russo), ist nicht erwiesen. — Zunächst ist daher die Befruchtung des Eies als für das Geschlecht desselben entscheidend anzusehen. Der Theorie, daß die männliche Zelle im Stadium der Teilung 47, die weibliche 48 Chromosomen besitzt, unter den Spermatozoen sich aber solche mit 23 und 24 Chromosomen (+ dem sogenannten Geschlechtschromosom der Amerikaner) finden und daher aus der Verbindung mit dem 24 Chromosomen besitzenden weiblichen Ei bald 24 + 24 = 48, bald 24 + 23 = 47 Chromosomen in dem befruchteten Ei erstere männliches, letzteres weibliches Geschlecht bedingend, entstehen, widersprechen die verschiedenen Angaben der Autoren über Zahl der Chromosomen. *Mohr* (Berlin).

Waldstein, Edmund, und Rudolf Ekler: Der Nachweis resorbierten Spermas im weiblichen Organismus. (*Frauenhosp. u. Rothschildspit., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 42, S. 1689—1693. 1913.

Verff. suchten der Frage, was aus dem Sperma im weiblichen Körper post cohabitationem wird, mit Hilfe der Abderhaldenschen Reaktion experimentell näherzutreten. Sie verwandten zu ihren Versuchen Kaninchen und konnten feststellen, daß normalerweise keine hodenabbauenden Fermente im Kaninchenblute zirkulieren. Bei 15 Tieren fand sich ausnahmslos die Eigenschaft post cohabitionem im Blute, Hodensubstanz abzubauen. Ferner zeigte es sich, daß die nämlichen Tiere, die vorher negativ reagiert hatten, post coitum positive Resultate ergaben. Das Blut der belegten Tiere reagierte somit spezifisch auf Hoden; daraus ergibt sich mit Notwendigkeit der Schluß, daß im Anschlusse und als Folge der Cohabitation im weiblichen Organismus ein spezifisch auf Hodensubstanz eingestelltes Ferment gebildet wird. Es muß also Sperma, und zwar in nicht vollkommen abgebautem Zustande zur Aufnahme gelangt sein. Die gleiche Reaktion fand sich intra graviditatem unter 10 Fällen 9 mal, doch ist die Reaktion hier nicht so stark, wie post coitum. Natürlich wird man sich vorstellen müssen, daß die Reaktion in der Schwangerschaft auf andere Art, vielleicht durch Vermittlung der Frucht zustande kommt. *Frankenstein* (Köln).

Écalle, G.: De l'examen du sérum de la femme enceinte et du sérum de la femme non enceinte par la méthode de dialyse d'Abderhalden. Valeur de cet examen au point de vue du diagnostic de la grossesse. (Prüfung des Serums von Schwangeren und Nichtschwangeren nach der Dialysiermethode von Abderhalden. Der Wert dieser Prüfung vom Gesichtspunkte der Schwangerschaftsdiagnose.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 7, S. 622—627. 1913.

Auf Grund von 18 Versuchen kommt Verf. zu dem Beschluß, daß die positive Reaktion nicht unbedingt das Vorhandensein einer Schwangerschaft anzeige. Er betont aber, daß rein theoretisch die positive Reaktion schon deshalb interessant sei, weil sie mit einer großen Regelmäßigkeit bei schwangeren Frauen aufträte und den Beweis liefere für eine Veränderung des Blutes in der Schwangerschaft, welche besonderer Untersuchung würdig sei. *Voigt* (Göttingen).

Cantoni, Vittorio: La sintesi dell'acido ippurico nella gravidanza et nel puerperio. (Die Hippursäuresynthese während der Schwangerschaft und im Wochenbette.) (*Laborat. di farmacol. speriment., univ., Genova.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Bd. **35**, Nr. 9, S. 393—411. 1913.

Verf. stellte eine Reihe von Versuchen an, um die Bedingungen festzustellen, unter welchen bei normalen Verhältnissen, im Schwangerschaftszustande und im Wochenbette Hippursäure aus eingeführten Natriumsalzen der Benzoesäure synthetisch im Organismus gebildet werde. Hierbei ergab es sich, daß unter normalen Verhältnissen die ganze, als Benzoesalz eingeführte Säure, bereits nach 24 Stunden vorwiegend als Hippursäure ausgeschieden wurde, während dies in der Schwangerschaft und kurz vor der Geburt umgekehrt der Fall war. Es geht daraus hervor, daß die Fähigkeit des schwangeren Organismus, Hippursäure zu bilden, eine bedeutend geringere sei. Im Organismus erfolgt aber nicht nur eine Synthese, sondern auch eine Abspaltung von Hippursäure durch gewisse Fermente oder Istozyme und zwar wahrscheinlich dadurch, daß die Tätigkeit gewisser Organe (Niere, Leber), welche bei der Synthese der Hippursäure beteiligt sind, diese ihre Fähigkeit eingebüßt haben, und weiter, daß besondere Zwischenstufen des Stoffwechsels, welche mit der Glykokollbildung verbunden sind, ausfallen. Durch gleichzeitige Verabreichung von Benzoesäuresalzen und Glykokoll konnte die Hippursäurensynthese bedeutend erhöht werden. Im schwangeren Zustande müßte also die Glykokollbildung eine geringere sein. *Gattorno* (Triest).

Paquet, A.: Grossesse de 7 mois dans un utérus en rétroversion avec enclavement partiel dans l'excavation. (Schwangerschaft von sieben Monaten in

einem retrovertierten Uterus mit teilweiser Einklemmung im hinteren Douglas.) Semaine gynécol. Jg. **18,** Nr. 40, S. 317—318. 1913.

Frühgeburt im 7. Monat bei fixierter Retroversion, bei welcher im 4.—5. Monat lebhafte Blasenbeschwerden bestanden hatten; Fußlage; Extraktion; diese erschwert, da der reclinierte Uteruskörper nicht reponibel war. Afebriles Wochenbett. *Hannes* (Breslau).

Pinard: De la femme en état de rétention. (Folgen und Erscheinungen der Eiretention bei der Frau.) (*Clin. Baudelocque, Paris.*) Bull. méd. Jg. **27,** Nr. 86, S. 943—946. 1913.

Pinard stellt einander gegenüber den „état de gestation" dem „état de rétention": er will mit dem ersten Ausdruck das Tragen und Ernähren eines lebenden Foetus im Uterus bezeichnen, während der zweite Ausdruck für das mehr oder weniger lange Verweilen eines abgestorbenen Eies im Organismus gebraucht werden soll. Verf. gibt eine erschöpfende Zusammenstellung der das Kind betreffenden Veränderungen, weniger die der Mutter berücksichtigend. Von Bedeutung erscheint besonders der Rat, bei extrauteriner Retention, das heißt also bei Bestehen einer abgestorbenen Extrauteringravidität operativ einzugreifen; er empfiehlt dafür als richtigsten Termin etwa die sechste Woche nach dem Absterben der Frucht. *Voigt* (Göttingen).

Solowij, A.: Ein weiterer Beitrag zur Beurteilung des Wertes des von mir angegebenen Frühsymptoms der Extrauteringravidität. (*Allg. Landeskrankenh., Lemberg.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 46, S. 1682—1683. 1913.

Solowij bringt einen weiteren Fall zur Kenntnis, wo auf Grund des von ihm angegebenen Frühsymptoms richtig die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft gestellt wurde. Dieses besteht darin, daß, wenn bei der ersten Untersuchung eines auf Extrauteringravidität verdächtigen Falles der Douglassche Raum vollkommen frei gefunden war, jede spätere Veränderung der Resistenz desselben zugunsten der Diagnose Extrauteringravidität spricht. Im jetzt berichteten Fall war die Abderhaldensche Reaktion negativ gewesen. Wenn man das Symptom nicht gelegentlich übersehen will, muß die Kontrolle des Douglasschen Raumes eine permanente sein und mindestens einmal in 24 Stunden ausgeführt werden. *Hannes* (Breslau).

Dubrisay, Louis: Un nouveau cas de vomissements incoercibles. (Beitrag zum unstillbaren Erbrechen der Schwangeren.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 44, S. 862. 1913.

Heilung einer I-Para, die in den ersten 6 Wochen ihrer Gravidität an unstillbarem Erbrechen litt, nach mehrmaliger Verabreichung von Magnesiumcitrat in Form der abführenden Limonade. *Franz* (Nürnberg).

Stzukin, J. W.: Zur Pathologie und Therapie des unstillbaren Erbrechens und der Eklampsie Schwangerer. (*Semptwo-Krankenh., Alexandroff.*) Wratschebnaja Gazeta Jg. **20,** Nr. 41, S. 4109—1412. 1913. (Russisch.)

Besprechung der Literatur. Mitteilung von 4 Fällen: 3 Fälle von unstillbarem Erbrechen, 1 Fall von Eklampsia incipiens. Die Kranken wurden teils mit Adrenalin, teils mit Ovariin mit gutem Erfolg behandelt. *Braude* (Berlin).

Remy, S.: Vomissements incoercibles. Mort de l'embryon. Cessation des vomissements. (Unstillbares Erbrechen. Absterben der Frucht. Darauf Aufhören des Erbrechens.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 7. S. 652—654. 1913.

Kurze Mitteilung, dessen Inhalt in der Überschrift gegeben ist. *Voigt* (Göttingen).

Witt, Nils: Ein Fall von Larynxtuberkulose während Gravidität mit glücklichem Verlauf. (*Krankenh. Sabbatsberg, Stockholm.*) Allm. Svenska Läkartidn Bd. **10,** Nr. 33, S. 877—880. 1913. (Schwedisch.)

29jährige I-Para, Schwangerschaft im 9. Monat. Einige Zeit vor Aufnahme ins Krankenhaus wegen Tuberculosis pulm. et laryngis behandelt. Die Lungen waren seit langem angegriffen, die Larynx dagegen gesund bis vor 2 Monaten. Bei Aufnahme am 12. IX. 1912 war die Larynx bedeutend und diffus angeschwollen. Schwere Atemnot; Einatmung schwer. Cyanose. Tracheotomie. Am folgenden Tage Wehen und nach 5 Stunden Geburt eines ausgetragenen Mädchens. Gewicht 2700 g. Die Placenta mußte einen Tag später unter Narkose exprimiert werden. — Das jetzt ein Jahr alte Kind ist vollständig gesund. — Die Larynxerkrankung verschlimmerte sich anfangs während des Aufenthalts im Krankenhause, so daß eine Epiglottisamputation wegen schwerer Dysphagie einen Monat später ausgeführt werden mußte. Der Zustand besserte sich allmählich, nachdem Infiltrate in Larynx durch 4 endolaryngeale Excisionen entfernt worden waren. Die Temperatur war die ganze Zeit über afebril. Die

Frau nahm in 2 Monaten 7 kg an Gewicht zu. Nach $4^1/_2$ Monaten wurde die Kanüle entfernt. Im März 1913 wurde die Epiglottis vollständig entfernt. Keine Ulcerationen oder Infiltrate; die Schleimhaut zeigt aber das Bild einer chronischen Entzündung. Die Stimme ist etwas rauh. *Björkenheim* (Helsingfors).

Pierra, Louis: Sur quelques accidents produits par la constipation chez la femme enceinte. (Über Komplikationen, bedingt durch Obstipation in der Schwangerschaft.) **Gaz. de gynécol. Bd. 28, Nr. 656, S. 305—313 u. Nr. 657, S. 321—327. 1913.**

Nach einem kurzen Hinweis auf die Wechselbeziehungen zwischen Uterus und Darm im nichtschwangeren Zustande bespricht Verf. die Folgen der Obstipation in der Schwangerschaft, in der Geburt und im Wochenbett. In der Schwangerschaft ist Verstopfung die Regel; Kopfweh, Verdauungsstörungen, Schmerzen im Bauch und in der Lendengegend sind ihre Folgen. Die Obstipation bedingt Blutandrang der Beckenorgane, führt zu Hämorrhoiden und ist häufig die Ursache des unstillbaren Erbrechens und der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. Während der Geburt bedingt die Obstipation schlechte Wehen, im Wochenbett verzögerte Rückbildung. Als weitere Folgen der Verstopfung sind Appendicitis, Cholecystitis und Pyelonephritis anzusehen. Diagnostische Schwierigkeiten macht die Obstipation im Wochenbett; es ist schwer zu entscheiden, ob eine puerperale oder stercorale Infektion vorliegt. *Engelhorn* (Erlangen).

Butler, T. Harrison: A case of optic neuritis with retinitis and consecutive atrophy associated with pregnancy. (Ein Fall von Neuritis optica mit Retinitis und nachfolgender Atrophie in der Schwangerschaft.) **Ophthalmoscope Bd. 11, Nr. 10, S. 597—599. 1913.**

Beginn der Erkrankung 14 Tage nach normalem Partus mit heftigen Kopfschmerzen und dauerndem Erbrechen, sowie starkem Schwindel, so daß Pat. kaum gehen konnte. Polyurie. Keine Syphilis, Wassermann negativ. Visus beiderseits stark herabgesetzt. Große, weiße Plaques der Retina, keine Hämorrhagien. Arterien geschlängelt, Venen prall gefüllt. Um die Gefäße Exsudatmassen. Urin völlig normal, Blutdruck nicht gesteigert, keine Symptome von Hirntumor. Gesichtsfeld beiderseits konzentrisch verkleinert, für Rot stärker als für Blau. Diagnose nach Ausschluß von Syphilis, Tuberkulose, Hirntumor: Puerperale Toxämie. Unter Behandlung mit Jodkali und Bierscher Massage gingen die Plaques und Exsudate rasch zurück, ebenso die Stauung der Papille und es entwickelte sich bei sonst völligem Wohlbefinden eine fortschreitende Atrophie der Sehnerven. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Geburt:

Demelin, L.: Le pronostic de la grossesse et de l'accouchement lorsque l'utérus contient deux jumaux. (Geburts- und Schwangerschaftsprognose bei Zwillingen.) Journal. des sages-femmes Jg. **41**, Nr. 21, S. 353—356, 1913.

Bericht über 100 Zwillingsgeburten, bei denen Verf. feststellen konnte, daß die wichtigste Todesursache der frühe Geburtstermin ist. Gewöhnlich ist die Prognose für die Kinder schlecht, wenn die Geburt $7^1/_2$ Monat nach der letzten Regel stattfindet (jedes Kind unter 2000 g wiegt). Sie ist günstig, wenn die Geburt nach $7^1/_2$ Monat stattfindet und später (Gewicht jedes Kindes über 2000 g). Wiegt bei einem Paar der eine Zwilling mehr als 2000, der andere weniger, so hat der kleinere Zwilling eine größere Lebenschance, als ein gleich großer Zwilling, dessen anderes Individuum ebenfalls unter 2000 g wiegt. Zwillinge von I-Paren zeigen eine höhere Mortalität als die von Multiparen. Eineiige Zwillinge haben unter gleicher Voraussetzung ungünstigere Lebenschancen als zweieiige. Steißlage ist ungünstiger für Zwillinge als bei einfacher Schwangerschaft; der erste Zwilling ist durch die Länge der Geburt stets mehr gefährdet als der zweite. Für die Mutter entstehen Gefahren aus der Zwillingsschwangerschaft durch Krampfadern, Ödeme, Albuminurie, Toxikosen und Blutungen. Jede Komplikation der Zwillingsschwangerschaft verschlechtert die Prognose viel mehr, als bei einfacher Gravidität; dies wird besonders deutlich bei Eklampsie, Infektionen und Blutungen. Letztere lassen sich aber meist vermeiden, wenn man geduldig die Geburt des zweiten Kindes ohne Beschleunigung abwartet. *Frankenstein* (Köln).

Lindemann, Walther: Über Wehenmittelsynthese und ein neues Wehenmittel (Präparat 197-Roche). (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 44, S. 2042—2044. 1913.

In dem Bestreben aus der rohen Droge des Mutterkorns auf dem Wege der Analyse und Synthese die wirksamen Bestandteile zu isolieren, gelangte man zu dem Resultate, daß dieselbe

nicht einen einzelnen wirksamen Körper enthält, sondern verschiedene, so das p-Oxyphenyläthylamin, das Isoamylamin, das Agmatin, das β-Imidazolyläthylamin. Es kann die Wirkung der Droge nicht durch ein einzelnes dieser Präparate, sondern nur durch die Kombination mehrerer ersetzt werden. Lindemann berichtet nun über ein neues synthetisches Präparat, welches von der Firma Hoffmann-La Roche und Co. der Hallenser Universitätsfrauenklinik zur Verfügung gestellt wurde. Es ist ein Kombinationspräparat von Secacornin mit Aminen. Das Präparat, welches vorläufig die Bezeichnung 197 führt, wurde als Wehenmittel, Stypticum und Uterotonicum stets mit sehr gutem Resultate ohne Nebenerscheinungen für Mutter und Kind verabreicht. Die Inkubationsdauer des Mittels betrug 3—4 Minuten. Einzeldosis beträgt meistens 1,1 ccm, Applikationsweise intramuskulär. Bei Blutungen in der Nachgeburtsperiode ist es dem Secale dadurch überlegen, daß seine Wirkung sich bedeutend schneller entfaltet, im Wochenbette bewirkt es eine raschere Rückbildung des Uterus. Es empfiehlt sich, dieses Präparat in ausgedehnter Weise zu erproben. *Frank* (Olmütz).

Löfqvist, Reguel: Das Pituitrin in der Obstetrik. (*Allg. geburtsh. Anst., Stockholm.*) Finska Läkaresällsk. Handl. **55**, Nr. 10. S. 447—457. 1913 u. Allm. Svenska Läkartidn. **10**, Nr. 41. S. 1073—1082. 1913. (Schwedisch.)

Vgl. dieses Zentralblatt, Bd. **2**, S. 709. *Björkenheim* (Helsingfors).

Silvestri, T.: Può l'adrenalina provocare l'aborto? (Kann Adrenalin Abortus verursachen?) (*Istit. di patol. spec. med. univ. dimostr., Modena.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **34**, Nr. 129, S. 1351—1352. 1913.

Zwei Fälle, in welchen durch Verabreichung von Nebennierenpräparaten in der ersten Hälfte der Schwangerschaft Abortus eintrat, während gewöhnlich auch große Adrenalindosen bei vorgerückterer Schwangerschaft gut vertragen werden, erweckten beim Verf. die Hypothese, daß in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft physiologisch ein Zustand von Hyperadrelinämie bestehe, bei welchem die verhältnismäßig kleinen, therapeutisch verabreichten Dosen von Nebennierenpräparaten ganz belanglos sind. In den ersten Monaten der Schwangerschaft bestehe dagegen bereits eine Hypertonizität der bulbären und lumbosakralen Zentren, wodurch leicht durch Adrenalin eine Störung des Gleichgewichtes verursacht und Abortus bewirkt werden könne. *Gattorno* (Triest).

Kahrs, N.: Künstliche Frühgeburt bei engem Becken. (*Geburtsh. Klin., Bergen.*) Norsk Magaz. for Laegevidenskaben Jg. **1913**, H. 10, S. 1352.

Geschichtlicher Überblick. Bericht über die in den Jahren 1895—1911 an der Klinik eingeleiteten Frühgeburten bei engem Becken. Auf 4606 Patienten wurde Frühgeburt 82 mal = 1,78% vorgenommen. Enges Becken kam alles in allem 176 mal = 3,8% vor. Frühgeburt also eingeleitet bei 46,6% aller engen Becken. Kaiserschnitt und Hebosteotomie ist nicht in Anwendung gekommen. Die Mortalität der Mütter war 0%, die Morbidität 19,5%. Die Mortalität der Kinder 17,1%. Die einzige in Anspruch genommene Methode war eine Kombination von heißen Scheidenspülungen und Bougien. *Horn* (Kristiania).

Oui: Hystéropexie par ventrofixation. Basin rétréci. Présentation du front transformé en face. Basiotripsie. (Befestigung des Uterus an der Bauchwand. Verengtes Becken. Stirnlage umgewandelt in Gesichtslage. Basiothrypsie.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 7, S. 635 bis 637. 1913.

40 jähr. V-Para. 3 Spontangeburten. Hysteropexie. IV. Partus Spontangeburt von nicht ausgetragenen Zwillingen. Beim V. Partus wegen drohender Uterusruptur, totem Kind und hochstehendem Kopf Basiothrypsie, wobei die Stirnlage in eine Gesichtslage umgewandelt wurde. Injektion von Jod in den Uterus. Fieberfreies Wochenbett. Verf. hält die Hysteropexie für eine für die Geburt nachteilige Operation. Den Beweis sieht er darin, daß Patientin, die trotz des etwas verengten Beckens dreimal spontan geboren hatte, nach der kunstgerecht ausgeführten Hysteropexie nicht mehr spontan gebären konnte. *Schneider* (Tübingen).

Brandt, Kr.: Über Osteomalacie. (*Geburtsh. Univ.-Klin., Kristiania.*) Norsk Magaz. for Laegevidenskaben Jg. **1913**, H. 10, S. 1332.

Osteomalacie ist in Norwegen äußerst selten. Bis 1896 sind nur 5 sichere Fälle veröffentlicht worden. Nachher 2 Fälle, über welche Verf. ausführlich berichtet. Eine 26 jährige Frau ist von Egeberg behandelt und durch Porros'sche Operation geheilt (1897). Die zweite wurde 1912 in der Frauenklinik eingeliefert nach 6 jähriger Krankheitsdauer. Sie war sehr heruntergekommen, und die Kastration konnte sie nicht retten.

Verf. ist der Meinung, daß die primäre Ursache der Erkrankung in einer Dys-

funktion der Ovarien zu suchen ist. Die puerperale Osteomalacie steht in keiner Beziehung zu Rachitis, seniler Osteoporose oder zu der Osteomalacie der Tiere. Die Kastration ist die beste Therapie. *Horn* (Kristiania).

Jullien: L'hystérectomie totale dans les présentations vicieuses négligées. (Die totale Hysterektomie bei verschleppten Falschlagen.) Prov. méd. Jg. **26**, Nr. 41, S. 445—447. 1913.

Nachdem Verf. vor kurzem 3 Uterusrupturen bei Schulterlagen gesehen hatte, machte er in einem analogen Fall die Totalexstirpation des kreißenden Uterus mit bestem Erfolge trotz bereits bestehender Infektion.

25jährige II-Para. Verschleppte Schulterlage, 30 Stunden nach dem Blasensprung eingeliefert in sehr elendem Zustande. Dehnung des unteren Uterinsegmentes, Puls 120, Temperatur 38°, Zunge trocken, Uterus tetanisch kontrahiert, Urin blutig. Totalexstirpation. Foetus tot, 3200 g. Glatter Verlauf. Die Blase war zwar intakt, aber die Blasenwand ödematös verdickt, es entwickelte sich eine sekundäre Urinfistel, die spontan heilte. Verf. operierte ebenso 4 Fälle, alle in extremis. Eine starb, 3 wurden geheilt = 75%. Verf. zieht die Uterusexstirpation allen Entbindungsversuchen von unten vor. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Telfair, John H.: Vagitus uterinus. (Vagitus uterinus.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 15, S. 711—713. 1913.

Das Kind gab den Schrei von sich, als nach einer Wendung der herabgeholte Fuß an der Planta gekitzelt wurde, während sich der Kopf noch in utero befand. Die drei mit anwesenden Ärzte vernahmen den Schrei ganz deutlich, so daß ein Irrtum ausgeschlossen erscheint. *Wiener.*

Torrance, Gaston: Repair of the perineum using silk-worm gut and leaving the sutures in for two or three months. (Wiederherstellung des Perineums mit Silkworm, die Fäden bleiben 2 oder 3 Monate liegen.) Journal-rec. of med. Bd. **60**, Nr. 7, S. 315. 1913.

Inhalt im Titel erschöpfend angegeben. *Mathes* (Graz).

Theodor, P.: Über die Ätiologie und Therapie der Uterusruptur. Dissertation: Königsberg 1913.

Clivio, I.: A proposito di tre casi di gravi emorragie postpartum. (Über drei Fälle von schwerer Blutung post partum.) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ., Pavia.*) Boll. d. clin. Jg. **30**, Nr. 9, S. 395—400. 1913.

I. Placenta praevia. Blutung wiederholt sich nach Ausstoßung der Placenta, steht auf Anwendung des Momburgschlauches und Tamponade des Uterus. II. Atonische Blutung bei Sitz der Placenta in der Tubenecke, in der gleichen Weise zum Stillstand gebracht. III. 30jähr. V-Para. Nach der 2. Geburt Wochenbettfieber mit peritonealen Erscheinungen. Jetzige Geburt spontan, hierauf Blutung. Manuelle Placentalösung. Placenta sehr ausgedehnt, aber flach. Da die Blutung andauert und alle anderen Mittel erfolglos sind, Laparotomie. Sehr feste Verwachsungen zwischen Uterus, Adnexen und Eingeweiden. Supravagin. Amputation des Uterus. Frau geheilt entlassen. Während Clivio im ersten Falle für die Blutung vor der inneren Wendung die Placenta praev. als Ursache annimmt, sieht er die Ursache für die Fortdauer der Blutung nach der Geburt in einer Atonie des ganzen Uterus. Im 2. Falle machte er den Sitz der Placenta im r. Tubenwinkel für die Blutung verantwortlich. Er nimmt mit Bayer für diesen Uterusteil eine analoge Struktur an wie für das untere Uterussegment und damit auch eine verminderte Kontraktionsfähigkeit dieser Partien. Für den 3. Fall erkennt Verf. die kontraktionshemmende Wirkung der Adhäsionen am Uterus und eine gewisse Degeneration des gesamten Uterusparenchyms als die Blutung unterstützende Momente an. Die Hauptursache erblickt er jedoch in einer lokalisierten Läsion der Uteruswand mit Gefäßverletzung an der Stelle, wo die l. Tube mit der hier maximal verdünnten Uterusmuskulatur fest verwachsen war. Deshalb konnte auch nur die schleunige Operation Rettung bringen. Cl. sieht in der Aortenkompression nach Momburg ein einfaches, sicheres, jedoch nur temporär anzuwendendes Mittel zur Stillung uteriner Blutungen. Schneller als die anderen Mittel verhindert sie eine weitere Blutung und erlaubt hiermit, die zur kausalen Bekämpfung der letzteren dienenden Maßnahmen zu treffen. *Nebesky* (Innsbruck).

La Torre, Felice: A proposito del compressore lombardo dell'aort a addominale nelle emorragie ostetriche. Note polemiche. (Lombardo und die Einführung seines Kompressionsapparates der Aorta bei Hämorrhagien in der Geburtshilfe.) Arch. ital. di ginecol. Jg. **16**, Nr. 10, S. 236—244. 1913.

Scharfe Polemik gegen Lombardo und seinen Kompressionsapparat, der fast identisch mit dem schon von Carte angegebenen ist. Die Idee der Tourniquets ist alt und deshalb kein Grund vorhanden, bei einer Neuauflage die älteren zu tadeln, da das Prinzip beibehalten ist. *Berberich* (Karlsruhe).

Miller, E. H.: Epidemic puerperal eclampsia? (Epidemische Eklampsie?) Journal of the Missouri State med. assoc. Bd. **10,** Nr. 4, S. 121—122. 1913.

Verf. erlebte in einem Jahr 9 Fälle von Eklampsie, nachdem er in 15 Jahren keinen einzigen Fall gesehen hatte. Er glaubt daher an ein epidemisches Auftreten. Die Ursache der Eklampsie und Toxämie erblickt er in einer durch direkten Druck des Uterus auf die Leber bewirkten funktionellen Schädigung der letzteren. *Semon.*

Snoo, K. de: Über Eklampsiebehandlung. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Jg. **1913.** Tweede helft Nr. 20, S. 1683—1702. 1913. (Holländisch.)

Von 67 im Laufe von 6 Jahren beobachteten Fällen ausgehend (6 Mütter, 17 Kinder tot) stellt de Snoo theoretische Betrachtungen an, welche in der Zusammenfassung von Seitz auf dem Hallenser Gynaekologenkongreß gipfeln. Von praktischer Bedeutung ist die seit zwei Jahren mit Erfolg angewandte völlig salzlose Kost. In einem Falle von Schwangeren-eklampsie wurde die Patientin nach vierzehn Tagen mit salzloser Diät entlassen und kam zu rechter Zeit ohne weitere Zwischenfälle zu Hause nieder. *C. H. Stratz.*

Jardine, Robest, and Alex. Mils Kennedy: Three cases of symmetrical necrosis of the cortex of the kidneys associated with puerperal eclampsia and suppression of urine. (Drei Fälle symmetrischer Nierenrindennekrose, vergesellschaftet mit puerperaler Eklampsie und Urinverhaltung.) Transact. of the Edinburgh obstetr. soc. Bd. **38,** S. 158—189. 1913.

Die eine Frau zeigte $5^1/_2$ Tage lang komplette Anurie, bei der zweiten bestand 9 Tage hindurch hochgradige Oligurie; ein lebendes Kind wurde nur in dem einen Falle geboren, in einem anderen handelte es sich um eine Schwangerschaft von $4^1/_2$ Monaten. Die anatomische Untersuchung der Nieren der drei Fälle zeigte eine Nekrose, beschränkt auf die äußeren zwei Drittel der Rinde, die Ausdehnung stand in jedem Falle in direkter Proportion zur Anurie. In der Nachbarschaft der nekrosischen Bezirke fanden sich Thrombosen. Die Ursache dieser Nierennekrosen bei Eklampsie ist wohl die gleiche wie die der Lebernekrosen. *Hannes* (Breslau).

Frank, Robert T.: A short resume of our present knowledge concerning the pathology and etiology of eclampsia. (Kurze Zusammenfassung unserer derzeitigen Kenntnisse der Pathologie und Ätiologie der Eklampsie.) Americ. med. Bd. **19,** Nr. 7, S. 482—485. 1913.

Die Eklampsie ist eine wohl definierte Krankheit, erkennbar an bestimmten pathologischen Schädigungen, unter welchen multiple Thrombosen und Lebernekrosen die charakteristischsten sind. Die pathologischen Veränderungen ähneln sehr denjenigen anderer Systemvergiftungen. Der Foetus oder die Placenta oder beide zusammen verursachen die Entstehung des Eklampsiegiftes. Je nach der individuellen Empfänglichkeit oder dem Grade der Vergiftung usw. erleiden verschiedene Organe in einem gegebenen Falle das Maximum der Schädigung und geben dadurch anscheinend Anlaß zur Entstehung verschiedener Typen oder Symptomenkomplexe, wie z. B. die der renalen, hepatischen, cerebralen und septischen Formen. Die Untersuchungen oder theoretischen Erklärungen, welche auf irgendein einzelnes Organ gerichtet waren, haben nicht völlig befriedigen können; weder die Eintrittspforte noch die Natur des Giftes ist bekannt. *Hall* (Graz).

Holland, Eardley: A uterus from a patient who died during obstructed labour: with microscopical sections trough the lower uterine segment. (Uterus einer Patientin, welche während der behinderten Geburt starb: mit mikroskopischen Schnitten durch das untere Uterinsegment.) Transact. of the Edinburgh obstetr. soc. Bd. **38,** S. 243—249. 1913.

Multipara, mehrfach instrumentell entbunden, stirbt nach 30stündiger Wehentätigkeit unentbunden während der Vorbereitung zur Perforation des kindlichen Schädels, da mehrfache Zangenversuche an dem über dem Becken stehenden Kopfe erfolglos gewesen waren. Die 18 Stunden post mortem ausgeführte Autopsie ergab als Geburtshindernis eine durch mehrfache Umschlingung des kindlichen Körpers bedingte abnorme Kürze der Nabelschnur. In dem zusammen mit dem oberen Drittel der Scheide uneröffnet herausgenommenen und von den Uteringefäßen aus mit 5proz. Formalin injizierten und Eingießen der Formalinlösung in die Uterus-

höhle fixiertem Uterus ließ sich makroskopisch kein Os externum nach Eröffnung des Uterus nachweisen, sondern von dem (in situ dicht unter dem Nabel quer verlaufenden) Kontraktionsring aus ging die Innenfläche des erweiterten, unteren Uterinsegmentes unmerklich mit glatter Oberfläche in die erweiterte Scheide über. Mikroskopisch ließen sich in der vorderen Wand des unteren Uterinsegmentes, 0,4 cm unterhalb des Kontraktionsringes beginnend, Cervicaldrüsen in 4,4 cm Länge nachweisen. Der Übergang in die stark erweiterte und in die Höhe gezogene Scheide markierte sich nur durch eine leichte Verdickung der Wand und durch das Auftreten zahlreicher erweiterter Blutgefäße, da das Oberflächenepithel infolge der vergeblichen Forcepsversuche zerstört war. In der hinteren Wand des unteren Uterinsegmentes fanden sich Cervixdrüsen 1,7 cm unterhalb des Kontraktionsringes beginnend in 2,6 cm Ausdehnung, doch glaubt Verf., da von der Oberfläche hier beträchtliche Strecken zerstört sind, daß auch hier die obere Grenze der cervicalen Drüsenschicht weiter hinauf nach dem Kontraktionsring zu verlegen sei, so daß das untere Uterinsegment nur aus der Cervix gebildet wurde. Da, wie die Medianschnitte mit dem Kind in situ zeigen, der den kindlichen Schädel beherbergende Abschnitt weit unter die untere Cervixdrüsengrenze reicht, also aus der stark elongierten und nach oben gezogenen Scheide besteht (Kopf stand über Becken), so glaubt Verf., daß auch in anderen Beschreibungen von stark verlängertem unteren Uterinsegment die Scheide an dessen Bildung stark mitbeteiligt war. *Vaßmer* (Hannover).

Strina, F.: Le complicazioni della dilatazione strumentale del canal cervicale. (Die Komplikationen der instrumentellen Erweiterung des Cervicalkanales.) (*R. scuola ostetr., Venezia.*) Riv. veneta di scienze med. Bd. **58**, Nr. 6. S. 269—278. 1913.

Bei einer Frau mußte wegen Hämoptyse die Schwangerschaft im IV. Monate unterbrochen werden. Die Einleitung des Abortes begann mit Hegardilatation bis $10^1/_2$ und Einführung eines Glycerintampons. Es stellte sich Fieber ein, man wollte den Uterus ausräumen. Mit Hegarstiften bis Nr. 26 wurde weiter dilatiert und dann noch ein Tarnierscher Hebeldilatator eingeführt und 40 Minuten in situ belassen. Bei Entfernung des Instrumentes begann starke Blutung. Der Embryo konnte stückweise entfernt werden, die Placenta aber nicht; es wurde tamponiert. Nach Entfernung des Gazetampons trat wieder eine starke Blutung auf, welche von einem tiefen Risse im Collum rechts herrührte. Nachdem auf vaginalem Wege die Blutung nicht beherrscht werden konnte, mußte wieder tamponiert und zur abdominellen Hysterektomie geschritten werden. — Der Uterus mit der Placenta wurde supravaginal amputiert und ein $2^1/_2$ cm langer, bis ins Ligament reichender Riß, der auch das untere Uterinsegment traf, vorgefunden — Massenumstechung — Deckung des Stumpfes mit Peritoneum. — In Anbetracht der vielen Manipulationen im Uterus und des Fiebers kein Schluß der Bauchhöhle, sondern Mikuliczdrainage derselben. Fieberhafter Verlauf. Die Frau kam knapp durch. Verf. glaubt, daß bereits durch die Hegarstifte die Cervixgewebe verletzt worden sind und daß durch eine Branche des Tarnierschen Instrumentes der Riß erweitert worden sei. *Gattorno* (Triest).

Zalewski, Eduard: Beobachtung einer beginnenden Spontanruptur des Uterus gelegentlich einer Sectio suprapubica. (*Prov.-Hebammen-Lehranst. u. Frauenklin., Breslau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 44, S. 2456—2457. 1913.

VII-para. Vorher stets Frühgeburten. Dreimal Kraniotomie. Diesmal Sectio suprapubica bei regelmäßiger Wehentätigkeit, stehender Blase, ohne daß irgendwelche Anzeichen einer drohenden Ruptur, ohne daß innere oder äußere Blutung bestanden. Nach Ablösen der Blase sah man am Collum vorn in der Medianlinie eine Sugillation, in deren Mitte ein Riß zu erkennen war; dieser von einer longitudinalen alten Narbe ausgehend. Es muß also eine instrumentelle Verletzung bei einer der Perforationen angenommen werden, die symptomlos verlaufen und geheilt war. Die Narbe bildete die Prädisposition zur Ruptur. *Wagner* (Wien).

Wochenbett:

Bellegarde, Paul de: Le repos des femmes en couches. (Die Schonung im Wochenbett.) Rev. philanthrop. Bd. **33**, Nr. 198, S. 677—683. 1913.

Nach dem französischen Gesetz (27. November 1909) dürfen weibliche Angestellte 4 Wochen vor und 4 Wochen nach der Entbindung ihrem Dienst fernbleiben, ohne daß daraufhin dem Arbeitgeber das Recht zusteht, den Kontrakt zu lösen. Neuerdings (Gesetz vom 30. Juli 1913) können unter Bedingungen, die genau präzisiert sind, auch im eigenen Haushalt tätige Frauen während dieser Zeit durch Geld oder Naturalien unterstützt werden (mindestens 0,50, höchstens 1,50 Fr. pro Tag). Die privaten Mutterschaftsversicherungen sollen nach Möglichkeit an der Ausführung des Gesetzes mitwirken. *Holste* (Stettin).

Torday, Franz v.: Über das Stillen. (*Staatl. Kinderasyl, Budapest.*) Pest. med. chirurg. Presse Jg. **49**, Nr. 46, S. 373—379. 1913.

Von allen Hypothesen haben sich im praktischen Leben die mechanischen Reize als jene Faktoren erwiesen, die auf die Milchproduktion meritorisch eine Wirkung ausüben, als unwirksam aber all jene, zum Teil chemisch oder pflanzlichen, zum Teil organotherapeutischen Präparate, welche die vermutlich von der genitalen Sphäre ausgehende Hormonwirkung erhalten resp. erhöhen wollen. Die anatomischen Verhältnisse bedingen nicht das unverhältnismäßig häufige Nichtstillen der Mütter. Statistische Beiträge zur stufenweisen Abnahme der Stillfrequenz in Deutschland und Budapest. Erklärung der verminderten Stillfähigkeit durch nervöse, tuberkulotische Belastung und Alkoholismus (Bunge). Die Milchsekretion hängt nicht nur von der Konstitution der Brustdrüse, sondern hauptsächlich und in erster Reihe von der Qualität der die Milchproduktion auslösenden Reize ab. Wichtigster mechanischer Reiz ist das Absaugen, dann das Abmelken resp. die Massage der Brust und ev. auch die venöse Hyperämie. Alle vorhandenen Brustsauger zur Einleitung und Erhaltung der Milchproduktion sind unzweckmäßig. Grundbedingung des Stillens ist seltenes Stillen. Neugeborene sollen in den ersten 24 Stunden nicht an die Brust gelegt, dann aber in 24 Stunden 5 mal, höchstens 6 mal gesäugt werden. Autor läßt innerhalb der ersten 6 Wochen in dreistündigen, dann in vierstündigen Intervallen stillen, bei fehlender Zunahme des Säuglings geht er zum dreistündigen Stillen zurück. Genaue Besprechung der Kontraindikationen der Lactation. Schilderung der Ätiologie der Mastitis unter besonderer Berücksichtigung der Milchstauung sowie der Behandlung derselben. Ruhigstellung und kalte Umschläge, keine Biersche Stauung, Aussetzen des Stillens an der kranken Brust, Öffnung und Drainage, keine kleine Incision und Ansaugung des Eiters mit der Bierschen Glocke. Zwecks Propaganda für die Lactation macht der Autor verschiedene soziale Vorschläge. *Moraller* (Berlin).

Nacke, W.: Sepsis und Pyämie. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 583—585. 1913.

Nach Nacke sind in der Geburtshilfe Sepsis und Pyämie scharf zu unterscheiden. Ätiologisch liegt bei Pyämie häufig eine Placentarlösung vor, bei Sepsis eher ein entbindender Eingriff. Bei Pyämie Schüttelfröste vom 5.—7. Tage an, bei Sepsis Beginn der schweren Erscheinungen am 2.—3. Tag. Sonst werden die bekannten Unterschiede im typischen Krankheitsbilde der Sepsis und Pyämie angeführt, unter den ersteren wird als häufig Peritonitis angeführt. Die Prognose ist bei der Sepsis ganz infaust, bei Pyämie hat N. noch nach 84 Schüttelfrösten Heilung gesehen. *Bondy* (Breslau).

Keim, G.: Les phlébites puerpérales. Leur prophylaxie, leur traitement médical. (Die puerperale Venenentzündung, ihre Prophylaxe und ihre arzneiliche Behandlung.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 45, S. 877—879. 1913.

Für das Zustandekommen der Thrombosen, welche nicht durch eine Infektion bedingt sind, nimmt Verf. als Ursache sowohl die Verlangsamung des Blutumlaufes im Bereich der Genitalorgane an, wie auch eine am Ende der Schwangerschaft ohnehin bestehende Neigung des Blutes, leichter zu gerinnen. Dieser an sich normale Vorgang drückt sich nach Verf. aus in einer verminderten Dichtigkeit und Alkalescenz, sowie in einem gesteigerten Gehalt an Fibrin und Kalk, wie auch in einer Vermehrung der Leukocyten, welche durch ihren starken Zerfall die Gerinnbarkeit des Blutes durch Freiwerden von Thrombinen erleichtern. Auch das nach der Entbindung normalerweise in der Uterushöhle sich befindende Blut, Serum und die Blutgerinnsel sollen die Koagulation im Bereich der Placentarstelle begünstigen. Ein Weiterwachsen der physiologischen Thromben an der Placentarstelle in die tiefen Venen des Uterus und seiner Umgebung führt schon zu einer pathologischen Thrombophlebitis, besonders bei dem Sitz der Placenta im unteren Uterinsegment. Des Weiteren hält Verf. die zum Zweck einer Behandlung atonischer Nachgeburtsblutungen in die Uterushöhle hineingebrachte Spülflüssigkeit nicht bedeutungslos für das Zustandekommen von Thrombosenbildung.

Außerdem scheint die vorübergehende Änderung im anatomischen und physiologischen Verhalten der Leber darauf hinzudeuten, daß auch hier die Ursache für manche aseptische Thrombosenbildung zu suchen ist: Verf. nimmt an, daß die Leber normalerweise eine die Gerinnung erschwerende Funktion hat. Eine weitere Ursache für das Zustandekommen aseptischer Thrombosen sieht Verf. in verschiedenen Arten von Intoxikationen von Seiten des Magen-Darmkanals, z. B. bei Enteritis muco-membranacea, sowie bei Obstipation. Neben den sich aus den eben angeführten Anschauungen des Verf. ohne weiteres ergebenden Maßnahmen empfiehlt er noch folgendes prophylaktische Verfahren: eine Emulsion von 100 g frischer Kalbsleber in 250 g Wasser mit 10 g reinem Pepton den Patientinnen als Einlauf zu verabfolgen, um hierdurch die gestörte gerinnungserschwerende Funktion der Leber der Patientin zu ersetzen. Außerdem erwähnt er die Empfehlung von Chantemesse, eine Lösung von Citronensäure, offenbar in der Form von Infusion zur Prophylaxe der Thrombose zu verwenden.

Voigt (Göttingen).

Foetus und Neugeborenes:

Strauss, Paul, Pierre Baudin et Lesage: Ligue contre la mortalité infantile. (Liga gegen die Kindersterblichkeit.) Rev. philanthrop. Bd. **33**, Nr. 198, S. 697—709. 1913.

Bericht über die Generalversammlung unter dem Vorsitz des Marineministers Baudin.

Wiemer (Herne).

Stolte, K.: Über Störungen des Längenwachstums der Säuglinge. (*Univ.-Kinderklin., Berlin.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **28**, H. **4**, S. 399—425. 1913.

Birks Beobachtungen haben ergeben, daß allein der Nahrungsmangel bei mit Frauenmilch unterernährten Kindern unter Ausschluß jeglicher Stoffwechselstörungen vollkommenen Gewichtsstillstand und vollkommene Hemmung des Längenwachstums herbeizuführen vermag. Es dürfte hier nicht nur die unzureichende Eiweißzufuhr in Betracht kommen. Da die Muttermilch in ihrer Zusammensetzung dem Säuglingskörper nahekommt, bedeutet vielmehr die starke Unterernährung mit Frauenmilch eine Unterernährung mit allen Bestandteilen, auch den Mineralstoffen, die auch eine größere Verschiebung der Proportionen einzelner Organsysteme untereinander ausschloß. Die Salze, speziell die Kalksalze spielen in Fragen des Längenwachstums eine Rolle. Bei einer Kategorie von Säuglingen handelt es sich um Schwierigkeiten, Verluste auszugleichen, bei einer anderen um chronische Ernährungsstörungen, die zur Verarmung des Organismus an Mineralien führen. Nach akuten schweren Gewichtsstürzen bei Frauenmilchernährung kennen wir ein lang hingezogenes Reparationsstadium mit Gewichtsstillstand. In solchen Zuständen bleibt auch das Längenwachstum stehen. Bei künstlicher Ernährung vollzieht sich dagegen oft ein ungestörtes Längenwachstum; Einzelbeobachtungen über Wachstumshemmungen bei verschiedenen Kostformen seien im Original eingesehen. Individuelle Verhältnisse spielen auch mit. Muskelkräftige Kinder mit gutem Gewebeturgor scheinen weniger leicht im Wachstum gehemmt zu werden als muskelschwache, blasse und welke Kinder. Möglicherweise können auch etwaige Vorräte des Körpers bzw. zuvor erlittene Verluste an lebenswichtigen Substanzen von Bedeutung sein. Säuglinge, die ohne die Entwicklung eines Milchnährschadens, ohne Ausbildung einer Rachitis bei vorsichtig überwachter Nahrung nach einer Ernährungsstörung lange Zeit an Länge und Gewicht nicht zunehmen, scheinen sehr gefährdet zu sein. — Der Einfluß von Infektionskrankheiten scheint nur insoweit das Wachstum des Säuglings zu beeinträchtigen, als er seine Ernährung stört. Die Tuberkulose, die den Mineralstoffwechsel stört, nimmt vielleicht eine Sonderstellung ein.

Ibrahim (München).[M]

Savariaud: Les manifestations osseuses et articulaires de l'hérédo-syphilis chez l'enfant. (Knochen- und Gelenkerkrankungen der Heredosyphilis beim Kinde.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 45, S. 875—876. 1913.

Verf. unterscheidet 3 verschiedene Gruppen. Beim Neugeborenen eine Knochen-

syphilis, die Pseudoparalyse (Parot), bestehend in einer schmerzhaften Erkrankung der 4 Glieder, mit Tumorbildung neben den Gelenken und völligem Funktionsausfall. Während der ersten und zweiten Kindheit finden sich Erkrankungen der langen und platten Knochen mit nächtlichen Knochenschmerzen, Hyperostosen um die Diaphyse, besonders an der Tibia und am Stirnbein, hier mit Gummen vereint, Substanzverluste an der knöchernen Nasenscheidenwand, Hutchinsonsche Zähne usw. Im Jünglingsalter finden sich als Knochenveränderungen die „Säbelscheidenbeine“ an der Tibia. Während man bei den ersten beiden Gruppen meist noch andere Stigmata syphilitica findet, fehlen diese meist bei der dritten Gruppe und werden erst nach Ausfall der Wassermannschen Reaktion als syphilitische Veränderungen erkannt. Als typische Gelenkveränderung findet sich in allen drei Gruppen eine doppelte Hydrarthrose des Knies, die unter der Form der weißen Pseudotumorbildung vollkommen schmerzlos verläuft. Die Behandlung dieser Affektionen ist lediglich eine antisyphilitische, nur in den Fällen, wo eine Sequesterbildung sich zeigt, dürfte bisweilen die chirurgische Entfernung des Sequesters angezeigt sein. *Frankenstein* (Köln).

Paisseau, G.: Les purpuras chez l'enfant. (Purpura beim Kinde.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31,** Nr. 30, S. 585—592. 1913.

Klinischer Vortrag ohne Besonderheiten. *Wiemer* (Herne).

Pinniger, W. J. H.: On hemorrhagic diseases of the new-born, with report of a case due to duodenal ulcer. (Die hämorrhagischen Erkrankungen des Neugebornen mit einem Bericht über einen Fall von Ulcus duodeni.) Bristol med. chirurg. journal Bd. **31,** Nr. 121, S. 248—256. 1913.

Es fragt sich, ob die übliche Teilung in vier Krankheitsformen, die Syphilis haemorrhagica neonatorum, den Morbus maculosus, die Blutungen aus Geschwüren der Speiseröhre, des Magens oder Darms und die Winckelsche Krankheit (epidemische Hämoglobinurie) richtig ist, ob es sich nicht vielmehr um verschiedene Manifestation derselben Krankheit handelt, deren Ätiologie noch ungeklärt ist. Wahrscheinlich handelt es sich um eine fehlerhafte Blutgerinnbarkeit (mechanische Momente, septische Blutungen, besonders Infektionen oder Embolien von der Nabelschnur aus bilden nur in einem geringen Teile der Fälle die Ursache). Therapeutisch kommen neben Gelatineeinspritzungen, Anwendung von Adrenalinpräparaten, in erster Linie Bluttransfusionen (schwierige Technik im Säuglingsalter) und subcutane Infusionen von Kaninchenserum in Betracht. In dem mitgeteilten Falle von Ulcus duodeni wurden ohne Erfolg Injektionen von Diphtherieserum gemacht. Die Prognose ist überhaupt eine sehr ungünstige. *Stettiner* (Berlin).CH

Martin, G., et G. Mouriquand: La mort subite des enfants. (Der plötzliche Tod von Kindern.) Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Bd. **20,** Nr. 10, S. 328 bis 350. 1913.

Sammelreferat. Der wirklich plötzliche, nicht irgendwie vorherzusehende Eintritt des Todes bei Kindern ist verhältnismäßig selten. Wesentlich häufiger jedoch sind solche Fälle, wo die vorhandenen Beschwerden und Erscheinungen zwar bemerkt werden, jedoch den Gedanken an ein plötzliches Ableben des Kinaes nicht aufkommen lassen. Die Ursachen für die beiden Formen des „plötzlichen“ Todes liegen 1. entweder in bestimmten körperlichen Läsionen, die in erster Linie das Herz, die Atemwege oder das Nervensystem zu betreffen scheinen, 2. in infektiösen Erkrankungen und Toxämien, 3. scheinen noch andere Ursachen vorhanden zu sein, welche sich zunächst unserer Kenntnis noch entziehen, vielleicht Syphilis oder Alkoholismus der Eltern, sowie Störungen der inneren Sekretion. *Voigt* (Göttingen).

Zurhelle, Erich: Osteogenesis imperfecta bei Mutter und Kind. (Beitrag zur Frage der Identität dieser Erkrankung mit der Osteopsathyrosis idiopathica.) (*Univ.-Frauenklin., Bonn.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 2/3, S. 942 bis 950. 1913.

48 cm langes, spontan geborenes, $6^1/_2$ Pfund schweres Kind. Beide Beine sind im Sinne der O-Beine gekrümmt, im Hüftgelenk gebeugt und auswärts rotiert. Beide Füße befinden

sich in Equino-varus-Stellung. Die Unterschenkel zeigen außerdem eine Konvexität mit der Krümmung nach vorn. Die Radiogramme zeigen Frakturen und Infraktionen an beiden Oberschenkeln, am linken Oberarm, am linken Schlüsselbein, zum Teil mit reichlicher Kallusbildung. Auffallend sind die leichten Skelettschatten, die dünne Corticalis und die Rarefikation des spongiösen Balkensystems. Eine stärkere Mikromelie besteht nicht. Die Nasenwurzel ist eingezogen. Das Schädeldach ist nur zum Teil knochern ausgebildet. Die Hinterhauptsschuppe ist sehr weich und kaum fühlbar. Die Scheitelbeine sind nur mangelhaft ausgebildet.

Das Wesen dieser als Osteogenesis imperfecta bezeichneten Krankheit beruht auf der Funktionsunfähigkeit der Periost- und Osteoblastzellen und auf einer daraus resultierenden mangelhaften Ausbildung von Knochensubstanz bei normaler oder annähernd normaler Ossification. Gewöhnlich werden die Kinder mit Osteogenesis imperfecta tot geboren oder sie sterben in den ersten Lebensjahren. Fälle bei Erwachsenen sind bisher nicht beschrieben.

Daß es Fälle gibt, die am Leben bleiben, dafür zeugt die Mutter des eben beschriebenen Kindes, die ähnliche hochgradige Verbiegungen und alte Frakturen an den Beinen aufweist. Osteomalacie ist auszuschließen, ebenso Rachitis. Das Becken zeigt keinerlei Veränderungen.

Offenbar deckt sich der für diese Krankheit geläufige Name Osteopsathyrosis idiopathica mit der Osteogenesis imperfecta. Die Ätiologie der Erkrankung ist unklar. Ob trophische Einflüsse oder chemische Störungen, insbesondere Alterationen von innersekretorischen Organen vorliegen, ist nicht zu entscheiden. Über Heredität und familiäres Auftreten ist bisher ebenfalls Sicheres nicht bekannt. *Benthin.*

Schwalbe, Ernst: Über die Methoden und den Wert des Vergleichs menschlicher und tierischer Mißbildungen. Vergleichende Teratologie. (*Pathol. Inst., Univ. Rostock.*) Stud. z. Pathol. d. Entwickl. Bd. **1**, H. 1, S. 1—11. 1913.

Ein Teil der vergleichenden Pathologie (d. h. der Vergleich der Krankheiten der Tiere mit denen des Menschen) bildet die vergleichende Teratologie. Nur solche phylogenetisch erklärbare Ahnenzustände kommen in Mißbildungen zum Ausdruck, die auch in der normalen Ontogenese durchlaufen werden, z. B. Rokitanskys Septumdefekt des Herzens im Vergleich zu dem Foramen Panizzae der Crocodilier. — Sehr wichtig ist die Aufstellung sog. morphologischer Reihen, die ein Ordnen ähnlicher Mißbildungen nach bestimmten morphologischen Übereinstimmungen bedeuten: Doppelmißbildungen, z. B. die Cephalothoracopagen. Ähnlich lassen sich auch die Thoracopagen und Prosopothoracopagen ordnen, und scheinbar so verschiedene Typen wie Pygopagen und Ischiopagen in eine morphologische Reihe bringen. — Die Cyclopie (im weiteren Sinne des Wortes) bildet ein weiteres schönes Beispiel morphologischer Reihen. Viel schwerer ist eine morphologische Reihe etwa bei den als Spina bifida bezeichneten Mißbildungen aufzustellen. *Hirsch* (Berlin-Charlottenburg).

Rachmanow, A.: Ein Fall von Encephalocele occipitalis (Hirnbruch ohne Cystenbildung). (*Neurol. Inst., Frankfurt a. M.*) Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **13**, H. 3, S. 402—410. 1913.

Reif geborenes Kind, das nach 3 Tagen starb. Fast das ganze Gehirn war durch das erweiterte Foramen occipitale in den ebenfalls stark erweiterten obersten Wirbelkanalabschnitt getreten. Es bestand eine Knickung zwischen Rückenmark und Oblongata, die beim Eintritt in den Bruchsack in einen platten Streifen verwandelt war. Mikroskopisch boten sich schwerste Veränderungen in Gehirn und Rückenmark. *Kleinschmidt* (Leipzig).CH

Spina bifida; meningocele. (Spina bifida; Meningocele.) Surg. clin. of John B. Murphy Bd. **2**, Nr. 2, S. 265—274. 1913.

Säugling im Alter von 1 Monat mit einer Spina bifida und einer ca. hühnereigroßen Meningocele. Keine Störungen in der Beweglichkeit und Sensibilität der unteren Extremitäten. Pat. starb am 8. Tage nach dem Eingriff während eines heftigen Krampfanfalles, dessen Ursache nicht zu eruieren war. Wunde primär verheilt; keine motorischen Störungen im Anschluß an die Operation. *Hall* (Graz).

Nebesky, Oskar: Über einen operierten Fall von angeborener Sakralgeschwulst. (*Geburtsh. Univ.-Klin. Innsbruck.*) Gynaekol. Rundschau Jg. **7**, Nr. 21, S. 773—778. 1913.

Weibliches Kind einer 21jährigen I-Para. Zange, schwierige Extraktion des Rumpfes. Mannsfaustgroße Geschwulst am Steiß; Anus nach vorn verschoben. Am 2. Tag Ruptur. Blutung. Am 3. Tag Exstirpation ohne Narkose. Heilung per secundam. — Tumor 420 g schwer.

Unregelmäßige Cysten; in den soliden Teilen Knorpel und Knochen. Histologisch Abkömmlinge aller 3 Keimblätter.

Der Streit über mono- und bigerminale Entstehung dieser Tumoren ist nicht zu entscheiden. Die histologischen Befunde lassen sich auch mit der Blastomerentheorie erklären. — Bei großen Geschwülsten mußte oft die Embryotomie ausgeführt werden. Aber auch die unverletzt und lebend geborenen Kinder sterben meist innerhalb des ersten Jahres. Maligne waren die Geschwülste selten. Operation wird gewöhnlich erst Ende des ersten Jahres empfohlen; doch können die Gefahren (Nekrose, Blutung, Jauchung) die Operation auch viel früher angezeigt erscheinen lassen. Nur bei schwachen Kindern und kleinen Tumoren soll man warten. *Kermauner* (Wien).

Werth, J.: Ein Lithokelyphopaedion in utero. Dissertation. Berlin 1913.

Weizmann, M.: Fötale Peritonitis und Gynatresien. Dissertation. Berlin 1913.

Grenzgebiete.

Gerichtliche Medizin:

Puppe, G.: Perforation de l'uterus au cours d'operations médicales. Examen médico-légal. (Die gerichtsärztliche Beurteilung instrumenteller, durch Ärzte bewirkter Uterusperforationen.) Arch. internat. de méd. lég. Bd. **4**, Nr. 2, S. 191—194. 1913.

2 Fälle von Uterusperforationen, welche Verf. als grobe Kunstfehler bezeichnet. Im ersten Falle wurde mittelst Hegarschen Stiftes Nr. 14 eine Perforation erzeugt, welche vom inneren Muttermund in das linke Parametrium reichte und daselbst in einen Bauchfellschlitz endigte. Die Frau starb 3 Tage nach dem Eingriff unter peritonealen Symptomen. Im 2. Fall wurde Perforation mittelst Curette und Abortzange am Fundus uteri hervorgerufen, wobei noch eine Uterusspülung hinzugefügt wurde; auch diese Frau starb nach 36 Stunden an Peritonitis.

Verf. vertritt die Ansicht, daß man sich bei Behandlung von Fehlgeburten zur Einführung eines Instrumentes erst entschließen solle, wenn die manuelle Behandlung nicht ausreiche. *Burk* (Stuttgart).

Strassmann: La mort des enfants envisagée au point de vue médico-légal. (Der Tod von Kindern vom gerichtsärztlichen Standpunkte.) Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Bd. **20**, Nr. 10, S. 350—365. 1913.

Verf. fand unter den Sektionen von Neugeborenen oder jungen Kindern aus den Jahren 1906—1910 in keinem einzigen Falle vollständig gesunde Organe oder Verletzungen, die für eine gerichtsärztliche Entscheidung von Bedeutung gewesen wären. Eine Thymushypertrophie kann unter Umständen durch den Druck auf die benachbarten Organe den plötzlichen Tod des Kindes bedingen, es kann auch eine bereits hypertrophische Thymus unter gewissen Bedingungen plötzlich noch weiter an Größe zunehmen und die Atmungswege verlegen. Es kann schließlich auch eine hypertrophische Thymus sich vorzugsweise zum Thorax hin entwickeln und durch Kompression des Herzens und der großen Gefäße zum plötzlichen Tode führen. Der Status lymphaticus prädisponiert ebenfalls zum plötzlichen Tode, besonders bei den Kindern, bei welchen außerdem eine Spasmophilie besteht. Die Krampfanfälle, welche an und für sich vielleicht nicht besonders bedenklich wären, können den Anstoß zum Tod an Herzlähmung auf Grund der im Status thymicus gegebenen Prädisposition geben. Neben dem Status lymphaticus fanden sich stets noch andere Veränderungen bronchitischer oder enterobronchitischer Natur, welche zwar niemals derart waren, daß man in ihnen unbedingt die Todesursache hätte sehen müssen, welche jedoch einen wesentlichen Anteil an dem plötzlichen Abscheiden junger Kinder haben. Unter einer Zahl von 240 Autopsien fand Verf. 17 mal Bronchialkatarrh, 43 mal Bronchialkatarrh mit beginnender Pneumonie, 7 mal Darmkatarrh, 5 mal Magendarmkatarrh, 1 mal Bronchialkatarrh und Magenkatarrh, 78 mal Bronchialkatarrh und Darmkatarrh, 48 mal Bronchialkatarrh und Magendarmkatarrh, 1 mal Bronchitis und Bronchio-Pneumonie mit Magenkatarrh, 53 mal mit Darmkatarrh und 17 mal mit Magendarmkatarrh vergesellschaftet. Eine bedeutende Rolle spielen natürlich unter den Todesursachen junger Kinder durch ungeeignete Ernährung verursachte Schäden, doch kommen dieselben für eine gerichtsärztliche Entscheidung viel seltener in Frage. Eine daraufhin gefällte Verurteilung ist Verf. nicht bekannt. *Voigt* (Göttingen).

Soziales. Statistik:

Ellison, Katherine: Public health nursing. (Öffentliche Krankenpflege.) Lancet-clin. Bd. **110**, Nr. 16, S. 411—412. 1913.

Die aus dem Pionierwerk von Lillian D. Wald und Mary Brewster (1893) entstan-

denen öffentlichen Krankenpflegerinnen-Organisationen sind in den Vereinigten Staaten auf 1092 mit 2000 Schwestern gestiegen. Durch intime Fühlung mit den ärmsten Familien gelingt ihnen Überwachung in Hygiene, Wohnungsverhältnissen usw. Der „allgemeinen Dienst“ tuenden Pflegerin stehen die in der Schulhygiene, Muttererziehung, Kinderpflege, Sanitätsinspektion, Hospitaldienst, Jugendgerichtshof, Irrenpflege arbeitenden Schwestern gegenüber.
Mohr (Berlin).

Tinker, Martin B.: The future of trained nursing in surgery. (Die Aussichten für geübte Krankenpflegerinnen in der Chirurgie.) New York State journal of med. Bd. **13,** Nr. 10, S. 547—550. 1913.

Verf. glaubt, daß in Zukunft die Nachfrage nach geübten Krankenpflegerinnen sehr zunehmen wird. Das Vertrauen in die Chirurgie und infolgedessen die Zahl der Operationen und der Bedarf an Pflegepersonal wird immer größer. Besonders in kleineren Orten (über 5000 Einwohner) werden in Zukunft immer mehr kleine Hospitäler eingerichtet werden. Diese haben viele Vorteile vor den in den Zentren größerer Städte gelegenen, was körperliche und geistige Ruhe für die Patienten und das Personal, frische Luft, Staubfreiheit, Lebensmittelversorgung usw. betrifft. Es wird sich ein großer Bedarf einstellen an Schwestern, die speziell für die Narkose, als Assistentin des Operateurs, als Vorstand des klinischen und häuslichen Betriebes eines Krankenhauses ausgebildet sind. Das Publikum hat also die Pflicht, für gute Ausbildung der Schwestern zu sorgen und durch Aufbesserung der Lebensverhältnisse den gesellschaftlichen Stand der Schwestern zu heben und zur Wahl dieses Berufes anzuregen. *Lamers.*

Tussenbroek, C. van: Die Aussichten für den weiblichen Arzt. Maandblad voor vrouwenstudie Jg. **1**, Abl. 8, Nov. 1913. (Holländisch.)

Im Jahre 1878 wurde der erste weibliche Arzt in Niederland approbiert. 1913 gibt es deren mindestens 105, während 171 Studentinnen der Medizin eingeschrieben sind. Von den 105 Ärztinnen sind 15 Spezialisten (darunter 4 Gynaekologen und 7 Kinderärzte), 24 üben allgemeine Praxis aus, 14 sind an Krankenhäusern tätig, 4 sind in Indien, eine als Missionärin außer dem Lande, 29 haben sich nach erfolgtem Examen nicht niedergelassen, 18 haben geheiratet und die Praxis aufgegeben. Dagegen sind 12 Verheiratete als Arzt tätig und erklären, daß sich die häuslichen Pflichten sehr wohl mit dem Berufe vereinigen lassen.

Verf. empfiehlt, außer rein wissenschaftlicher Tätigkeit, als besonders für die Frau geeignetes Feld die Pädiatrie, Hygiene und Gynaekologie. Für letztere stellt sie aber als Vorbedingung, daß die Betreffenden einige Jahre als Assistentinnen tätig waren und die operative Technik gründlich beherrschen. Obgleich einzelne Kolleginnen auch Männer behandeln, hält sie dies im allgemeinen nicht für erstrebenswert. Eine stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechts an diesem stets größere Widerstandskraft fordernden Beruf hält sie nicht für erwünscht. Nur wer sich berufen fühlt, ganz in der Wissenschaft und im Beruf in idealem Sinne aufzugehen, sollte sich dazu entschließen. Dies gilt aber ebensogut für das männliche Geschlecht. *C. H. Stratz.*

Yule, Bransby: The training of nursery nurses: A profession for gentlewomen. (Ausbildung von Kinderpflegerinnen: Ein Beruf für gebildete Frauen.) Child Bd. **4,** Nr. 2, S. 107—112. 1913.

Schilderung der Lehrmethode des St. Mary's Nursery College, Hampstead. 26-wöchiger Unterricht. Klasse B: Theoretische und praktische Unterweisung in der Kinderpflege. Klasse A: Übernahme der Pflege eines Kindes. Die auf Grund der Prüfung durch den ärztlichen Inspektor der Anstalt ausgestellten Zeugnisse werden schlechteren Examinandinnen erst nach mehreren Monaten erfolgreicher Probezeit in einer Familie ausgehändigt. Anstaltshonorar 720 M. Stellungen von 500—1600 M. Gehalt. *Mohr.*

Mueller, Artur: Diskrete Entbindungen in Frankreich und der Schweiz, ein Krebsschaden für das deutsche Volk. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. **5,** H. 1, S. 14 bis 27. 1913.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit des Publikums auf sog. Entbindungsanstalten in Genf und dem in unmittelbarer Nähe Genfs, aber auf französischem Gebiete gelegenen Örtchen Annemasse, wo geradezu fabrikmäßig von Hebammen Abtreibungen und Entbindungen vorgenommen werden. Über den weiteren Verbleib der hierbei zur Welt gekommenen Kinder ist nichts Sicheres zu erfahren, jedenfalls gehen sie dem deut-

schen Volke ausnahmslos verloren. Die unglücklichen Mütter, die sich durch vielversprechende Annoncen anlocken lassen, fast ausschließlich deutsche Mädchen besserer Stände, werden finanziell ausgesogen und leiden oft ernstlichen Schaden an ihrer Gesundheit. Die beste Abhilfe gegen diesen Krebsschaden wäre Aufhebung der Meldungen an die Heimatsbehörde und Versorgung der unehelichen Kinder in staatlichen Findelhäusern. *Sieber* (Danzig).

Lockwood, T. F.: A plea in behalf of the unborn. (Ein Plaidoyer zugunsten der Ungeborenen) Journal of the Missouri State med. assoc. Bd. **9**, Nr. 10, S. 336 bis 338. 1913.

Der Vortragende erhebt laut seine Stimme gegen das in Amerika herrschende „Rassesuicidium", bedingt durch Verhütung der Konzeption und durch kriminelle Aborte. Wenn alle Ärzte, die sich dazu hergeben, ihre gerechte Strafe fänden, müßten noch mehr und noch größere Zuchthäuser erbaut werden. Er schildert dann das eheliche Glück einer kinderreichen Arbeiterfamilie, wie es vor langen Jahren der Fall war, und die Todesstille und Leere eines egoistischen, kinderlosen, vornehmen Ehepaares. Das amerikanische Volk wird nur noch vom gewöhnlichen Manne und von den ehrbaren Armen erzeugt, die Aristokratie dagegen würde lieber ihr Vaterland vom Auswurf fremder Nationen überschwemmt sehen, als sich den natürlichen Gesetzen der Fortpflanzung zu unterwerfen. Er richtet daher ernste Mahnworte an die kommenden Generationen. *Klein* (Straßburg i. E.).

Schaeffer, R.: Statistische Beiträge zum Geburtenrückgang in Deutschland. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 636—677. 1913.

Die Rundfrage der preußischen Ministerien hinsichtlich des Geburtenrückgangs veranlaßte den Berichterstatter der Berlin-Brandenburger Ärztekammer auch sein eigenes poliklinisches Material in Hinsicht auf den Geburtenstand und den Fruchtbarkeitsgrad statistisch zu bearbeiten, wobei Doppelzählungen vermieden und manche anderen Einwände und Fehler glücklich beseitigt werden konnten. In 13 Tabellen sind die Zahlen nach verschiedenen Richtungen hin verglichen und das Resultat am Schlusse etwa in folgenden Sätzen zusammengefaßt: Das der Statistik zugrunde liegende Material besteht aus 7271 gynaekologisch kranken Personen über 16 Jahre, welche seit dem 1. Januar 1897 bis 31. Dezember 1912 die Poliklinik aufsuchten. Bei einer Einteilung dieser Fälle in 2 genau 8 Jahre umfassende, an Zahl fast gleich große Serien ergab sich, daß die Verheirateten und die Unverheirateten, sowie die verschiedenen Altersstufen ziemlich gleichmäßig über beide Serien verteilt waren. Die Zahl der Vielgebärenden hat in den letzten 8 Jahren erheblich abgenommen, und zwar erfolgte die Abnahme proportional der steigenden Zahl der vorangegangenen Geburten. Die Geburtenzahl ist bei Frauen, deren Fertilitätsgrenze etwa 25 Jahre zurückliegt, größer als bei Frauen, deren Fertilitätsgrenze nur 20 Jahre zurückliegt; sie sinkt von Jahrfünft zu Jahrfünft weiter bis in die Jetztzeit, nicht nur stetig, sondern in progressiver Weise. Der stärkste Geburtenrückgang in den letzten 8 Jahren ist bei den Sehrviel-Gebärenden eingetreten, aber bei den 0—2 Gebärenden hat eine geringe Geburtenzunahme stattgefunden, also: Nicht das Kinderbekommen, sondern das Vielkinderbekommen hat abgenommen. Die Gesamtzahl der Aborte hat in den letzten 8 Jahren nur ganz unbedeutend zugenommen ... Richtig und durch die vorliegende Statistik erweisbar ist, daß die Aborte seit mindestens einem Menschenalter stetig zunehmen, und daß die Zunahme auf einer gewollten Absicht beruhen muß. Diese Abortzunahme hat aber im letzten Jahrzehnt einem vollständigen Stillstand, ja einem deutlichen Rückgang Platz gemacht, der, wie sich statistisch nachweisen läßt, nur durch gewaltige Zunahme der gewollten Konzeptionsbehinderung zu erklären ist. Die Zunahme einer durch genitale Erkrankung bedingten Konzeptionsunfähigkeit ist nicht festzustellen. Das Verhältnis der Geburten zu den Aborten hat sich im Laufe der letzten 30—40 Jahre aus einem solchen von 100 : 9,86 in ein solches von 100 : 32,4 allmählich und in völlig stetiger Weise verwandelt. An dem Geburtenrückgang trägt nicht in erster Linie die Zunahme der Aborte,

sondern die starke Zunahme der gewollten Konzeptionsverhinderung die Schuld. Eine Abnahme der Konzeptionsfähigkeit ist nicht nachweisbar. Da die wesentliche Ursache des in arithmetischer Progression zunehmenden Geburtenrückgangs nachgewiesenermaßen auf gewollten Momenten beruht, so sind Maßnahmen erforderlich, die die zunehmende Konzeptionsunlust bekämpfen. Die Aufzucht der Kinder, besonders bei kinderreichen Familien, muß erleichtert werden. Da der Staat es ist, der in erster Linie an einer starken Volksvermehrung interessiert ist, so hat der Staat die dringende Pflicht durch eine großzügige Gesetzgebung in diesem Sinne zu wirken.

Wegscheider (Berlin).

Rizat: Quelques causes de la diminution de la natalité en France. Avortements provoqués. Difficultés que l'on rencontre pour contracter mariage. Infanticides criminels. Infanticides officiels ou administratifs. Rétablissement des „tours“ comme seul moyen efficace pour prévenir les infanticides criminels. (Einige Ursachen für den Rückgang der Geburten in Frankreich: Kriminelle Aborte, Schwierigkeiten beim Eingehen der Ehe, Kindesmorde. Wiedereinführung der „geheimen Findelanstalten“, des einzigen wirksamen Mittels zur Verhütung der Kindesmorde.) L'enfance Jg. **1,** Nr. 10, S. 721—740. 1913.

In Anbetracht des Rückgangs der ehelichen Geburten müssen alle Hindernisse, die sich der Verheiratung entgegenstellen, beseitigt werden. Zum Schutze der Kinder vor ihrer Geburt sollen Vorschriften nach dem Muster der Pariser Mutterschaftsversicherung allgemeine Geltung erlangen. Um die unehelichen Kinder zu erhalten und vor allem die Kindesmorde aus der Welt zu schaffen, sind jene Findelanstalten wieder einzuführen, in denen die Mütter ihre Kinder ohne irgendwelche Namensnennung niederlegen können und die Erziehung dann auf öffentliche Kosten übernommen wird. *Holste* (Stettin).

Ruland, Ludwig: Das Findelhaus, seine geschichtliche Entwicklung und sittliche Bewertung. Veröff. d. Ver. f. Säuglingsfürs. im Regierungsbez. Düsseldorf H. 9/10. Berlin: Heymann. 1913 110 S.

Verf. bespricht in einem längeren, auf Quellenwerke sich stützenden historischen Abschnitt die Entwickelung des Findelhauswesens bis in die neueste Zeit und legt dar, daß das Findelhauswesen an sich großen Nutzen schaffen kann. Ruland bezeichnet die modernen Findelhäuser (Prag, Wien usw.) als Wohlfahrtseinrichtungen, die bezwecken, ohne Verzug und unter größtmöglicher Wahrung der Diskretion das Leben der Kinder zartesten Alters zu erhalten, wenn seine Erzeuger für die naturgemäße Sorge nicht eintreten können oder wollen. Er selbst schlägt übrigens vor, den odiösen Namen „Findelhaus“ in „Kinderheim“ umzuwandeln. Er wünscht, daß die ganze Organisation verstaatlicht und aus der kommunalen Armenpflege herausgehoben wird. *Effler.*[K]

Saw, Athelstan: Heredity. (Vererbung.) Australas. med. gaz. Bd. **34,** Nr. 14, S. 311—315. 1913.

Saw spricht in diesem Vortrag zuerst ganz allgemein über die Vererbungsprobleme, über die Mendelschen Experimente und Gesetze und über deren praktische Anwendung, sodann über die Vererbung von Krankheiten, wobei er speziell Tuberkulose, chronischen Alkoholismus, Hämophilie und Farbenblindheit hervorhebt. Die praktische Anwendung zur Verbesserung der Rasse beruht auf Ausschaltung der offenkundig schlechten Eigenschaften und Förderung der wünschenswerten Eigenschaften (dies ist jedoch nicht leicht, da wir nicht einig sind über die Eigenschaften, die ganz besonders zu erstreben sind, physische oder intellektuelle). Ferner ist von großer Bedeutung die Umgebung. Er schließt mit den Worten Punnetts über den Mendelismus: „Erziehung ist für den Menschen, was die Düngung für die Erbsen.“ *Klein* (Straßburg i. E.).

Lehmann: Il presentimento della morte. (Die Todesahnung.) Clin. ostetr. Jg. **15,** Nr. 19, S. 441—444. 1913.

Todesahnungen gedeihen auf dem Boden einzelner religiöser Richtungen und besonders

des Aberglaubens. Die vielfach angeführten Beispiele besonders zu Kriegszeiten, während Epidemien usw., lassen sich zurückführen auf die Gefahren, denen der einzelne ausgesetzt ist, die schließlich den Glauben an einen sicheren Tod aufkommen lassen, bis er zur fixen Idee wird. Prophylaktisch kann Erziehung, Logik und fester Wille wirken, äußersten Falles Hypnotismus.

Berberich (Karlsruhe).

M'Murtrie, Douglas C.: The primitive origins of prostitution. (Die Uranfänge der Prostitution.) Lancet-clinic Bd. **110,** Nr. 18, S. 457—460. 1913.

Um die Ursprünge der Prostitution zu ergründen, muß man das Verhalten der primitiven Völker in dieser Hinsicht studieren, da man annehmen muß, daß auch unsere heutigen Rassen solche Wege gegangen sind. Iwan Bloch hat in der Zeitschr. f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten 1911/1912, Bd. **12,** S. 143—160, eine diesbezügliche Arbeit veröffentlicht. Die Prostitution ist ein Derivat und ein Äquivalent des freien Sexuallebens des Mannes primitiver Rassen. Mit der Entstehung der Prostitution ist eng verknüpft die Entstehung öffentlicher Häuser für Männer. Bei vielen Völkerschaften müssen die Prostituierten einen Teil ihres Verdienstes ihrem Häuptling abgeben, es ist dies eine Art staatlicher Kontrolle der Prostitution. Die Entstehung der bezahlten Prostitution ist durch die Entwicklung der Zivilisation bedingt; sie ist bedingt durch die Anschauung, daß das Weib Besitztum des Mannes sei und einen bestimmten Wert habe. Zum Beweis dieser Ausführungen werden die Gebräuche vieler primitiver Völkerschaften beschrieben. *Klein* (Straßburg i. E.).

Balser: Zur Prostitutionsfrage. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. **8,** H. 3, S. 227—252. 1913.

Nach einer kurzen Definition des Begriffes Prostitution geht der Autor auf die Gefahren der weiblichen Prostitution für die Gesellschaft ein, welche in einer Schädigung der Sittlichkeit, der Rechtssicherheit und der Gesundheit des Volkes liegen. Kurzer Überblick über die Verbreitung der Prostitution in Stadt und Land sowie unter den einzelnen Gesellschaftsklassen. Schilderung der Ursachen, aus denen Frauen und Mädchen sich diesem sozialen Übel zuwenden, der Straftaten der Prostituierten und der geistigen Abnormitäten unter denselben sowie des Verhaltens der Prostituierten in der Strafanstalt, als Ehefrauen und der homosexuellen Verhältnisse unter denselben. Die gesetzliche Grundlage zur Eindämmung der Prostitution und der aus ihr hervorgehenden Schäden bildet zurzeit der § 361 Ziffer 6 StGB., welcher die Überwachung der ersteren der Polizei überträgt, die zu diesem Zwecke die Prostituierten in eine Liste einschreibt. Der Abolitionismus aber stellt die Einzelheiten dieser „Reglementierung" teils als gesetzwidrig, alle aber als zweckwidrig hin. Er bekämpft sowohl die zwangsweise Einschreibung, die regelmäßige ärztliche Untersuchung als auch die Sittenpolizei. Der Verfasser verteidigt bezüglich der ärztlichen Untersuchung den Standpunkt, daß durch eine gut organisierte und sorgfältige Untersuchung der Prostituierten ein weitgehender Schutz gegen Infektion mit Syphilis geschaffen werden kann; dagegen kann keine noch so gründliche Untersuchung die Übertragung des Trippers beseitigen. Ganz besonders aber betont er die Notwendigkeit der bisher von der Sittenpolizei ausgeübten Untersuchung der wegen liederlichen Umhertreibens aufgegriffenen und wegen Verbreitung von Geschlechtskrankheiten angezeigten Frauen, die unter das Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten unter den Menschen gehört. (Gesundheitspolizei.) Den besten Schutz für die öffentliche Sicherheit bietet die Kasernierung der Prostitution, welche die Schlupfwinkel und den engen Zusammenhang mit dem Verbrechertum unmöglich macht. Schilderung der Vor- und Nachteile des Bordells sowie der günstigen Wirkung desselben auf das Vorkommen von Luesfällen in Mainz, deren Verbreitung hauptsächlich durch die nicht kontrollierten Mädchen, vor allem Ladnerinnen und Kellnerinnen erfolgte. Zwecks Bekämpfung der Tripperinfektion, die weit häufiger von den erwähnten nichtinternierten Prostituierten vorkommt, hängt in den Mainzer Bordellen in jedem Zimmer eine Warnungstafel: Hütet euch vor der Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten! mit Hinweis auf die vorrätigen Vorbeugungsmittel der Ansteckung: Kondom, Protargoleinträufelung und Neisser-

sche Salbe. Unentgeltliche Behandlung jeder Prostituierten gegen Zahlung eines Wochenbeitrags zur Krankenkasse im Falle der Erkrankung bis zu einem halben Jahr, Sorge für gute Körperpflege, häufige Bäder, Ausspülungen mit schwacher Formalinlösung durch die Wirtin des Hauses. Ausgeschlossen will der Verf. wissen sog. Bordelle mit Wirtshausbetrieb oder ähnliche bordellartig betriebene Einrichtungen. Den sog. „Absteigequartieren" räumt er keinen Vorzug vor den umgestalteten Bordellen ein, die mit der Fassung des Entwurfs nicht im Widerspruch stehen. Seiner Ansicht nach wird es Sache der Verwaltungsbehörden sein, mit offenen Augen und im Zusammenarbeiten mit den Gesundheitsbehörden die für den einzelnen Ort passende Art der Behandlung der Prostitution auszuarbeiten. Die zum Schluß der Arbeit aufgestellten Richtlinien sowie die sich anschließende Diskussion werden am besten im Original nachgelesen. *Moraller* (Berlin).

Schlasberg, H. J.: Zur Frage von der Heilbarkeit der Gonorrhöe bei Prostituierten. (*Krankenh. Eira, Stockholm.*) Dermatol. Zeitschr. Bd. **20**, H. 11, S. 953 bis 967. 1913.

Zur Behandlung wurde Cuprum citricum solubile = Cusylol in 2 proz. Konzentration in Tragacanthagrütze (Tragacantha 8 g + Wasser 286 g) gelöst angewandt. Bei Urethritis wurden in den ersten 14 Tagen täglich, dann 2 mal täglich mit der Salbenspritze 4 ccm Cusylolgrütze nach dem Urinieren in die Urethra injiziert und möglichst lang da belassen. Bei Gonorrhöe im Uterus und Cervix nach Desinfektion des äußeren Muttermundes Injektion von 4 ccm Cusylolgrütze in gleichen Zeitabständen in Cervix und Cavum uteri. Während der Periode Aussetzen der Behandlung. Kein Brennen beim Urinieren, kein Harndrang, keine Schmerzen im Uterus. Ausbreitung der Infektion nach den Adnexen nie beobachtet. 27 Fälle von Urethritis, 21 Fälle von Gonorrhöe des Uterus und 47 Fälle von Gonorrhöe der Harnröhre und des Uterus kombiniert in dieser Weise behandelt. Verf. glaubt, daß die Gonorrhöe der Prostituierten hierdurch in den meisten Fällen geheilt, d. h. daß die Assanierung als Ansteckungsquelle erreicht werden kann. *K. Hoffmann* (Dresden).

Medizinalbericht von Württemberg für das Jahr 1911. Herausgegeben v. d. Kgl. Medizinal-Kollegium. Stuttgart 1913. 209 S.

Der Bericht enthält eine Reihe von Mitteilungen über natürliche und künstliche Geburten, Hebammenwesen und andere für den Gynaekologen beachtenswerte Erscheinungen, wovon hier folgendes hervorgehoben sei: Im Jahre 1911 haben 70 656 Mütter geboren gegen 73 017 im Vorjahre, somit weniger 2061. Innerhalb der ersten 8 Tage nach der Geburt starben 164 Mütter, und zwar 55 (33,5%) nach natürlicher und 109 (66,6%) nach künstlicher Geburt. Es kam 1 Sterbefall auf 430 Mütter, gegen 1 : 540 im Vorjahre und 1 : 471 im Jahre 1909. Die Zahl der nach Ablauf des 6. Schwangerschaftsmonats unentbunden gestorbenen Mütter beträgt im Berichtsjahr 6 gegen 7 im Vorjahre. Die Zahl der künstlichen Geburten betrug im Berichtsjahre 5780 gegen 6016 im Vorjahre, hat also gegen das Vorjahr um 236 abgenommen. Von den Operationen entfielen 4536 auf die Geburt des Kindes und 1244 auf die Entfernung der Nachgeburt. Über die Häufigkeit der geburtshilflichen Operationen überhaupt wird mitgeteilt, daß auf 70 656 Gebärende 6177 Eingriffe entfallen, somit auf etwa 11 Mütter eine Operation, gegen 12 im Vorjahre. Mehrfache Kunsthilfe war erforderlich bei 397 Gebärenden, und zwar bei 36 wegen Mehrlingsgeburt usw., bei 361 wegen nötiger Lösung der Nachgeburt nach künstlicher Entbindung. Im Jahre 1911 wurden 1971 Totgeborene gegenüber 1934 im Vorjahre gezählt; davon waren 752 durch Kunsthilfe zur Welt gebrachte Früchte, und zwar 447 Knaben, 305 Mädchen; unter den genannten 752 Totgeborenen waren 99 faultote Früchte. In der ersten Stunde nach künstlicher Geburt starben 154 Kinder, und zwar 94 männliche, 60 weibliche. Ende des Jahres 1911 wurde die neue Dienstanweisung für die Hebammen ausgegeben, in der namentlich das Verhalten bei Kindbettfieber berücksichtigt worden ist. Die Desinfektionsvorschriften und Tagebücher wurden neugeregelt; in letzteren werden genaue Berichte über die Stilltätigkeit der Frauen, sowie Temperaturziffer verlangt. Die Bemühungen, die Hebammen besser zu stellen und sie für die Förderung der Stilltätigkeit der Wöchnerinnen zu inseressieren, wurden fortgesetzt. Im Jahre 1911 wurden in 56 Bezirken 107 Wiederholungskurse, an denen 722 Hebammen teilnahmen, abgehalten. Die Kenntnisse, namentlich der jüngeren Hebammen, sind im allgemeinen befriedigend. *Fischer* (Karlsruhe).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band III, Heft 13. S. 561—608.

Ergebnisse.

16.

Die Serodiagnose maligner Tumoren.

Von

E. von Graff, Wien.

Durch die großen Fortschritte, die die operative Technik unter dem Schutze der Asepsis im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte gemacht hat, ist die Heilbarkeit der malignen Tumoren im großen und ganzen an die Grenze des auf diesem Wege Erreichbaren gelangt. Eine Erweiterung der therapeutischen Erfolge ist demgemäß einmal an die Möglichkeit der Beeinflussung der inoperablen Tumoren gebunden — ein Gebiet, auf dem in der letzten Zeit so Vielversprechendes geleistet worden ist — und an die Verfeinerung der Diagnostik, in der Hoffnung, dadurch die Operabilitätsziffer zu erhöhen. Das folgende Referat soll ein Bild von dem geben, was in dieser Beziehung auf dem Gebiete der Serodiagnose geleistet worden ist, das heißt, inwieweit von den verschiedenen diagnostischen Methoden die beiden Hauptpostulate einer brauchbaren Reaktion: 1. möglichst hoher Prozentsatz positiver Ausschläge bei Tumorkranken, und 2. negativer Ausfall der Reaktion bei gesunden und anders Kranken erreicht worden sind.

Die Literatur wurde von September 1910 bis Ende Juni 1913 berücksichtigt, so daß das Referat gewissermaßen eine Fortsetzung der zusammenfassenden Arbeit von E. Ranzi (Serumreaktionen bei malignen Tumoren. Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung von R. Kraus und C. Levaditi, I. Ergänzungsband 1910. Gustav Fischer in Jena) bildet.

1. Hämolytische Reaktionen.

Es handelt sich bei dem Nachweis hämolytischer Substanzen im Serum Geschwulstkranker entweder um die lösende Wirkung gegenüber Blutkörperchen derselben Art (Isolysine) oder Blutkörperchen anderer Tierarten (Heterolysine).

A. Isolysine. Nachdem Crile[1]) die gelegentlich beobachtete Hämolyse menschlicher Erythrocyten durch das Serum Krebskranker bei in vitro-Versuchen in 82—85% positiv gefunden hatte, was Richartz[2]) allerdings nur für 46% seines Krebsmateriales bestätigen konnte, haben Elsberg, Neuhof und Geist[3]) eine Subcutanprobe angegeben: Injektion von 5 Tropfen einer 20proz. Aufschwemmung gewaschener Menschenerythrocyten, nach der bei positivem Ausfall ein leuchtend roter Fleck an der Injektionsstelle auftritt. Die Probe war bei 69 Krebskranken positiv in 89,9% der Fälle, negativ bei sehr vorgeschrittenen Fällen. Von 325 nicht Tumorkranken reagierten nur 4,6% positiv. Mosse[4]) konnte 2 Fälle mit positiver Reaktion zeigen, bei welcher Gelegenheit Wolfsohn[5]) sich gegen die Spezifität der Probe aussprach. Ebenso hält Agazzi[6]) auf Grund seiner Versuche, die er genau nach den Angaben Criles ausführte, den Wert der Probe für sehr hypothetisch, und auch Upcott[7]) erkennt sie nicht als pathognomonisch für Carcinom an, obwohl 50% seiner Krebskranken positiv reagierten, weil er namentlich bei Tuberkulose und perniziöser Anämie häufig Isolyse sah. Bürger[8]) fand bei 36 Krebskranken, die er nach dem Vorgange von Crile untersuchte, die Probe 16mal positiv, 20mal negativ. Referent hat ausgesprochen positive Reaktion unter 36 Krebskranken nur 10mal gesehen, muß sich also der ablehnenden Haltung anschließen.

B. Heterolysine. Kelling[9]) [10]), der mit der neuen von ihm angegebenen heterolytischen Blutkörperchenreaktion mit Hühnerblut und der Meiostagminreaktion arbei-

tete, fand in 80% der Carcinomfälle die eine oder andere Reaktion positiv. Später hat dann Kelling[11]) noch über einen Fall von ganz beginnendem Magencarcinom berichtet, in dem es ihm gelang, mit seiner Methode die Diagnose zu stellen. Die Reaktionen Kellings sind in einer Reihe von Arbeiten publiziert, die in frühere Zeiten fallen, und haben wiederholt eine scharfe, nicht immer auf genügendes Material gestützte Kritik erfahren. Als maßgebend kann man wohl nur die Arbeit von Brüggemann[12]) betrachten, deren Urteil auf 156 peinlich nach Kellings Vorschriften untersuchte Fälle gestützt ist. Er fand von 78 malignen Tumoren 51,2% nach Kelling IIa und IIb positiv. Auffallenderweise waren die meist exulcerierten Magendarmtumoren in 68,1% positiv, was sehr dafür spricht, daß die positive Reaktion nicht allein durch den Tumor an sich, sondern zum Teil durch die gesteigerte Resorption von Zerfallsprodukten und anderen Stoffen aus den exulcerierten Geschwülsten bedingt ist. Da außerdem bei andersartigen Erkrankungen in 7—14,5% positive Reaktion vorhanden war, lehnt Brüggemann die praktische Verwertbarkeit der Proben ab.

C. Aktivierung der Kobragiftpferdebluthämolyse. Calmette hat gefunden, daß das Serum Tuberkulöser befähigt ist, die Kobragifthämolyse gegen Pferdeblut in hohem Maße zu aktivieren. Kraus, von Graff und Ranzi[13]) prüften Carcinomsera in dieser Richtung und erhielten in 81,2% der Fälle eine gesteigerte Hämolyse. Praktisch ist die Probe nicht verwertbar, weil sie auch bei 41% der andersartig Kranken positiv ist, vor allem aber auch bei sicher rezidivfreien operierten Krebskranken. Heynemann[14]), der allerdings nur sehr wenige Fälle untersucht hatte, erhielt aus technischen Gründen keine positive Reaktion. Wenngleich es v. Graff und v. Zubrzycki[15]) später gelang, durch Verfeinerung der Technik die positiven Reaktionen bei Nichtkrebskranken auf 10% herabzudrücken, kommt die Probe diagnostisch nicht in Betracht, da trotzdem immer noch 36,5% der radikaloperierten Carcinome positiv reagieren.

2. Komplementablenkungsreaktion.

A. Wassermannsche Reaktion. Caan[16]), der als erster systematische Untersuchungen mit der Wassermannschen Reaktion bei 85 Carcinomen gemacht hat, fand bei 41% aller Fälle, sowie bei 6 von 10 Sarkomen positiven Ausfall der Reaktion. Bemerkenswert war der Unterschied je nach dem Sitz des Tumors: Es waren positiv von Lippencarcinomen 86%, Hautcarcinomen 67%, Oesophagus 17%, Magen 23%, Mammacarcinom 9%. Die Resultate Caans fanden zwar in gelegentlichen Befunden anderer Autoren wiederholt Bestätigung, wurden aber von allen, die sich speziell mit der Frage beschäftigten, abgelehnt. Von Dungern[17]) erhielt nur einmal positiven Ausfall und glaubt, daß die Ergebnisse Caans darauf zurückzuführen seien, daß die Sera meist in Narkose entnommen worden waren. Massini[18]) fand bei malignen Tumoren negativen Wassermann, Brüggemann[19]) untersuchte 18 Tumorkranke durchaus mit negativem Ergebnis.

B. Komplementbindung mit spezifischen Antigenen. In Anbetracht der weitgehenden Spezifität der Komplementbindungsreaktion bei den verschiedenen Infektionskrankheiten hat es nicht an Versuchen gefehlt, dieselbe unter Verwendung wässeriger und alkoholischer Tumorantigene der Carcinomdiagnose dienstbar zu machen, doch waren die Resultate wenig befriedigend. Nach Kelling sind die Mißerfolge vielfach darauf zurückzuführen, daß zu wenig zellreiche Tumoren verwendet wurden. Ein zunächst sehr gutes Resultat erzielte Leschke[20]), der mit einer Antiformin-Tumorauflösung als Antigen bei 42 Krebsfällen 93% positive Ausschläge erhielt, während 116 andere Sera nur in 10% Komplementbindung ergaben. Nichtsdestoweniger bezeichnet er in einer späteren Arbeit die Komplementbindungsreaktion als unsicher. Santorini[21]) erklärt die diagnostischen Versuche mittelst der Komplementablenkung durch spezifische Tumorantigene für wertlos und erhielt auch weiter mit der Cutan- und Ophthalmoreaktion gänzlich negative Resultate. Von Dungern[22]) bekam mit

98 proz. äthylalkoholischem Tumorextrakt als Antigen bei allen Tumorträgern, allerdings auch bei benignen Tumoren, positive, bei 55 Nichttumorkranken durchweg negative Reaktion. Wesentlich besser wurden seine Resultate noch bei Verwendung eines Acetonextraktes aus Tumoren oder gewaschenen Menschenblutkörperchen als Antigen: von 100 Krebsfällen reagierten nur 7 negativ, außerdem aber auch sämtliche andersartigen Tumoren und gesunde Menschen. Die guten Resultate v. Dungerns fanden indes von den Nachuntersuchern keine Bestätigung: Rosenberg[23]) hält nach seinem Material die Angaben v. Dungerns von dem stets positiven Ausfall der Reaktion bei Tumorkranken für nicht gerechtfertigt. Er fand die Reaktion häufiger bei Lues positiv als bei Carcinomen. Ebenso sprechen Isabolinsky und Dychno[24]) der Probe jede Spezifität ab, da sie namentlich bei Verwendung eines Extrakts aus einem Mammacarcinom mehr positive Ausschläge bei Gesunden als bei Krebskranken erhielten. Wolfsohn[25]) bekam mit Aceton-Blutextrakt 76,3% positive Ausschläge, bei Carcinomkranken aber selbst nach Ausschaltung der häufig positiv reagierenden Luesfälle noch immer 13% positive Reaktion bei Gesunden und anderweitig Kranken, während nach Lindenschatt[26]), der über 50 im Samariterhaus in Heidelberg untersuchte Fälle berichtet, nur die Carcinome positiv reagierten, alle Luesfälle dagegen (22) negativ. Von Dungern[27]) wendet zwar in einer weiteren Arbeit namentlich gegen Rosenfeld die Verwendung schlechter Antigene als Ursache der Fehlschläge ins Feld und berichtet unter genauen Angaben über die Technik über 102 Carcinomfälle mit 91 und 16 Sarkome mit 11 richtigen Diagnosen, denen 92 tumorfreie Kranke mit durchwegs negativer Reaktion gegenüberstehen, doch figurieren in einer aus Heidelberg stammenden Arbeit von Halpern[28]) neben 89,8% positiv reagierenden Tumorkranken auch 7,2% der sicher tumorfreien Patienten mit positiver Reaktion. Edzard[29]) sieht den Wert der Reaktion durch den hohen Prozentsatz positiver Ausschläge bei Gesunden und andersartig Kranken sehr eingeschränkt, und auch Schenk[30]) mahnt bei der Bewertung der Resultate zur Vorsicht. Petridis[31]) endlich erkennt zwar eine wesentliche Verbesserung der Ergebnisse durch eine weitere noch nicht veröffentlichte Modifikation der Methode an, hat aber trotzdem neben 81,2% richtiger Reaktionen bei Carcinom noch immer 50,7% falsche Ausschläge der anderen Erkrankungen. Referenten selbst hat sich die Reaktion in ihren Resultaten sehr unbeständig erwiesen.

3. Fermentreaktion.

A. Antitrypsinnachweis. Zur Bestimmung des Antitrypsingehaltes des Blutserums, auf dessen Bedeutung für die Carcinomdiagnose Brieger und Trebing[32]) als erste hingewiesen haben, dienten vornehmlich zwei Methoden: das von Markus[33]) angegebene Verfahren mit der Serumplatte und die Caseinmethode von Fuld - Gross[34]). Die Plattenmethode ist einfacher, gestattet aber keine so feine Differenzierung, und der einzelne Versuch dauert länger (24 Stunden), die Caseinmethode ist komplizierter, läßt aber namentlich in der Modifikation von Kämmerer[35]) selbst sehr feine Unterschiede noch erkennen. Beiden Methoden haftet als Nachteil die Inkonstanz der Trypsinlösungen an.

Von der Heide und Krösing[36]) (Caseinmethode) fanden bei Carcinom in 80 bis 90% der Fälle eine Erhöhung des antitryptischen Index, desgleichen bei Gravidität, eitrigen und septischen Prozessen. Fehlen derselben bei operierten Carcinomen spricht für Rezidivfreiheit. Nach Gambaroff[37]) spricht hoher Antitrypsinwert für einen malignen Tumor, wenn zur Kachexie führende sonstige Krankheiten, namentlich Tuberkulose, ausgeschlossen werden können.

Pinkus[39]) (Plattenmethode) hat bei 98 Fällen von Carcinom bzw. Carcinomverdacht 93—94% richtige Resultate erhalten. Zitronblatt[40]) [41]) (Plattenmethode) erhielt bei 91 Carcinomen in 90% positive Reaktion, darunter auch bei ganz kleinen Tumoren, seltener bei Sarkomen. Auffallenderweise gibt er an, bei Eiterungen keinen erhöhten antitryptischen Index gefunden zu haben. Katzenbogen[42]) (Caseinmethode)

dagegen fand bei allen Erkrankungen, die mit Leukocytenverfall einhergehen, erhöhte Antitrypsinwerte, ebenso bei Anwesenheit von Carcinom- und Placentarfermenten, sowie Pankreaserkrankung. In Differentialfällen spricht hoher Wert für Carcinom. Nach Welecki[43]) (Plattenmethode) reagierten alle untersuchten Carcinomfälle mit Ausnahme eines Falles positiv. Wichtig ist, daß er nach Radikaloperationen ein Absinken des Antitrypsinwertes sah, während derselbe bei nicht radikalen Eingriffen eher zunahm. Im allgemeinen wird die Methode durch die vielen positiven Reaktionen bei anderen Erkrankungen praktisch wertlos gemacht. Aus demselben Grund lehnt Poggenpol[44]), der bei Carcinom 74% (54 Fälle), aber auch bei anderen Krankheiten 45,8% (154 Fälle) hohe Antitrypsinwerte erhalten hatte, die Reaktion als nicht spezifisch ab. Waelli[45]), der ein großes Material zum Teil mit der Plattenmethode und der Caseinmethode nebeneinander untersucht hat, fand gesteigerte Werte bei Carcinomen in 53,6%, bei Tuberkulose in 89,5%, bei Struma in 76,1%, bei Basedow in 100% der Fälle. Er hält beide Methoden für ziemlich gleichwertig. Bei fraglichen Tumoren spricht ein hoher Wert entschieden für Malignität. Auch Dychno[46]) hält die Antitrypsinbestimmung als Unterstützung der chemischen Untersuchung für sehr wertvoll, wenngleich es keine für Carcinom spezifische Reaktion ist. Lommel[47]) betont, daß die Resultate mit Rücksicht auf die großen Fehlerquellen nur mit Vorsicht zu verwenden seien.

Eine wesentliche Verfeinerung hat die Antitrypsinbestimmung durch eine von Kämmerer eingeführte Verbesserung der Volhardschen Caseinmethode erfahren: Das Casein fällt in saurer Lösung aus und reißt dabei eine gewisse prozentuell annähernd entsprechende Menge Säure mit. Der Rest der vor der Verdauung bestimmten Säuremenge wird durch Titration mit $^1/_{10}$-Sodalösung ermittelt. Die Differenz beider auf $^1/_{100}$ ccm genauen Bestimmungen ist das Maß für die fermenthemmende Wirkung. v. Graff und v. Zubrzycki[48]) konnten durch Anwendung dieser Modifikation die Zahl der richtigen Werte ganz beträchtlich verbessern, was zum Teil allerdings auch mit der Einseitigkeit des fast ausschließlich gynaekologischen Materiales zusammenhängen dürfte:

	Carcinom		Nichtcarcinom	
	+	—	+	—
Brieger und Trebing	91,6%	4,2%	23,7%	59,7%
v. Bergmann und Meyer	92,7%	5,3%	24,2%	60,1%
v. Graff und Zubrzycki	87,5%	12,5%	4,5%	95,5%

B. Fermentreaktion (Abderhalden). Der naheliegende Gedanke, das Abderhaldensche Dialysierverfahren für die Carcinomdiagnose zu verwerten, hat bisher nur wenig zu Untersuchungen in dieser Richtung veranlaßt: Frank und Heimann[49]) bekamen bei 45 Carcinomkranken 97,8% Abbau des Carcinomeiweißes, während von den Normalseris nur 5% nachweislich Carcinomeiweiß zerlegten. Abderhalden[50]) fand in allen seinen Fällen deutlichen Abbau bei Carcinomeiweiß durch Serum von Krebskranken, während Placentaeiweiß nicht abgebaut wurde. Letzteres war schon von Jaworski und Szyman[51]), sowie Jonas[52]) gezeigt worden. Analog fand Schiff[53]), daß das Krebseiweiß vom Serum Schwangerer nicht angegriffen wurde. Sehr gute Resultate erhielt Epstein[54]): von 37 Carcinomseris bauten alle bis auf eines Carcinom-, niemals Placentargewebe ab, während 47 sicherlich von krebsfreien Kranken stammende Sera 46 mal Krebsgewebe unverändert ließen. Im Gegensatz hierzu fand Markus[55]) bei einigen Fällen wenn auch nur geringen Abbau von Placenta mit dem Serum Krebskranker. Lindig[56]) beobachtete, daß sowohl Krebseiweiß, als auch Placenta vom Serum Gravider und Carcinomkranker abgebaut wurde. Auch Engelhorn[57]) fand 10 mal Abbau von Carcinom durch das Serum schwangerer, 8 mal durch das Serum nichtschwangerer krebsfreier Patienten. v. Gambaroff[38]) untersuchte 50 Tumorsera mit nur einer Fehldiagnose. Bemerkenswert ist, daß das Carcinomeiweiß vom Serum Sarkomkranker nicht abgebaut wurde.

4. Zellreaktion (Freund und Kaminer).

Freund und Kaminer[58][59][60]) hatten gefunden, daß Carcinomzellen durch Serum von Nichtcarcinomkranken und Gesunden zerstört werden, während das Serum Krebskranker dieselben nicht nur nicht zerstört, sondern sogar imstande ist, die Zellen bis zu einem gewissen Grade gegen die Auflösung durch Normalserum zu schützen. Diese an das Euglobulin gebundene Substanz der Krebssera gibt mit geeigneten Krebsextrakten zusammengebracht eine deutliche Trübung. Diese Erscheinung wurde als Zellraktion und Trübungsreaktion zur Krebsdiagnose verwendet. Die Trübungsreaktion ergab den Autoren bei 54 Krebsfällen und 45 Seris andersartiger Erkrankungen mit Ausnahme eines Falles richtige Resultate. Die bei 130 Fällen (gleichviel Carcinome und andersartige Erkrankungen) ausgeführte Zellreaktion ergab mit Ausnahme von 4 Fällen durchweg richtige Diagnosen. Ein großer Nachteil, unter dem alle Nachuntersucher zu leiden gehabt haben, ist die Schwierigkeit, „geeignete" Zellemulsionen zu beschaffen, das heißt, solche Zellen, die vom Krebsserum geschützt; vom Normalserum zerstört werden. (So hat z. B. Referent unter 40 zur Zellgewinnung verarbeiteten Tumoren nur etwa 4 brauchbar gefunden). In einer späteren Arbeit berichten Freund und Kaminer[61]) über 88% richtiger Resultate bei Untersuchung von 113 Fällen. Auf dem Chirurgenkongreß 1911 teilte zunächst Arzt[62]) seine Erfahrungen mit: Trübungsreaktion bei 38 Carcinomen durchwegs positiv. Von 4 Sarkomen eines positiv, 3 negativ, von 26 Kontrollfällen gab nur eine fieberhafte Cholecystitis Carcinomreaktion. Zellreaktion: 43 Carcinome, alle positiv, 16 Kontrollfälle 10 mal negativ, 6 mal positiv. 12 fragliche Fälle positiv, bei 7 operierten Kranken war die Reaktion teils positiv, teils negativ. Bei 44 mit beiden Methoden untersuchten Fällen waren die Resultate 41 mal gleichlautend. Gesamtergebnis: Bei Carcinom 100% richtige Resultate, bei allen Kontrollen unter Berücksichtigung technischer Fehler nur 2 wirkliche Fehlresultate. Kraus, von Graff und Ranzi[63]) fanden von 28 malignen Tumoren 71,4% mit positiver Zellreaktion, 25% reagierten negativ, 1 mal war die Diagnose nicht ganz sicher. Von 39 Kontrollfällen reagierten 61,2% carcinomnegativ, 15,8% positiv. 23 mal war die Reaktion weder positiv noch negativ. 7 operierte Cacrcinompatienten ergaben negative Reaktion — bedeutungsvoll, weil Freund die Reaktion als Dispositionsreaktion auffaßt. Versuche mit der Trübungsreaktion führten zu keinem brauchbaren Ergebnis. Monakow[64]) (Zellreaktion) fand bei Carcinom (15 Fälle) positive Reaktionen, also Erhaltenbleiben der Zellen in 86%, bei Nichtcarcinom (52 Fälle) in 65,4% Zellzerstörung, in 34,6% Zellschutz. Nach dem Ergebnis dieser beiden Arbeiten ist die Reaktion also nicht besser in ihren Resultaten als die schon bekannten Carcinomproben. In Wien ist im Institute Freunds und der dermatologischen Klinik des Professors Riehl eine eigene Untersuchungsstation eingerichtet worden, um in erster Linie diese Reaktion im großen Stile zu erproben. In einem Bericht über die ersten 5 Monate teilen Arzt und Kerl[65]) folgendes mit: In 74 autoptisch oder histologisch sichergestellten Fällen war die Reaktion nur 58 mal richtig, 16 mal falsch. Bei 91 Fällen mit nur klinisch gesicherter Diagnose stand das Ergebnis der Reaktion 91 mal mit derselben im Einklang, 17 mal nicht. Das Resultat bessert sich allerdings nach Ausschaltung einiger Fälle in der ersten Gruppe auf 11 Fehldiagnosen bei 69 Kranken, bleibt aber doch noch immer hinter den ursprünglichen Erwartungen zurück. Leschke[66]) kommt in einer jüngeren Arbeit ebenfalls zu dem Resultat, daß der Ausfall der Zellreaktion nicht absolut entscheidend für die Diagnose ist.

5. Meiostagminreaktion (Ascoli).

Die Meiostagminreaktion beruht auf dem Stalagmometrischen Nachweis der beim Zusammenbringen von Serum und Antigen eintretenden Änderung der Oberflächenspannung. Die Geschichte dieser Reaktion verdient ganz besondere Aufmerksamkeit, weil sie unter allen Carcinomproben bis jetzt die besten Resultate gegeben hat und die anfangs sehr mühevolle Technik dank der unermüdlichen Arbeit Ascolis und seiner

Schüler so vereinfacht worden ist, daß sie jeder nur halbwegs manuell begabte Laie vollständig verläßlich ausführen kann.

Nach der ersten Veröffentlichung von Ascoli und Izar[67]) hat ein Alkoholätherextrakt aus Rattensarkom und malignen Menschentumoren als Antigen gedient: 31 Tumorkranke reagierten mit Differenzen von 2—8 Tropfen positiv, während die Kontrollsera nur Differenzen bis zu einem Tropfen (nur 1 mal 1,5 Tropfen) ergaben. Die Resultate Ascolis fanden bald volle Bestätigung durch d'Este[68]), Micheli und Catoretti[69]), Tedesco[70]), Stabilini[71]) sowie Ranzi und Amiradzibi[72]) und andere. Ascoli und Izar[73]) selbst konnten bald über 100 maligne Tumoren mit 93 positiven Reaktionen berichten, während von 103 andersartig Kranken nur ein Serum eine höhere Tropfendifferenz ergab. Nach den gleichguten Erfolgen mit Antigen aus Tier- und Menschentumoren schloß Ascoli, daß es sich bei der Reaktion um spezifische, einander sehr nahestehende Lipoide handeln müsse. Micheli und Catoretti[74]) machten unter anderem die wichtige Entdeckung, daß Extrakte aus Pankreas ebenso wirksam sind wie die aus Tumoren. Ascoli und Izar[75]) konnten dies bestätigen und erleichterten die Durchführung der Reaktion sehr wesentlich durch Verwendung der viel leichter herzustellenden methylalkoholischen Extrakte, sowie die Vergrößerung der Ausschläge durch Essigsäurezusatz. Trotzdem standen der Verallgemeinerung der Methode große Hindernisse im Wege: 1. erwiesen sich viele Tumoren und auch so manches Pankreasantigen als unwirksam (heute wissen wir, daß dies auf den wechselnden Gehalt der Substrate an Lipoiden zurückzuführen war) und 2. war die Antigene außerordentlich labil. Namentlich scheint das Schütteln sehr schädlich zu sein, denn viele, dem damals mit Kraus und Ranzi arbeitenden Referenten von Ascoli in stets hilfsbereiter Liebenswürdigkeit zugesandte Antigenen kamen unbrauchbar an, obwohl Ascoli noch 48 Stunden vorher damit gute Resultate erzielt hatte. Daß namentlich im Wiener serotherapeutischen Institute trotz aller Mißerfolge weitergearbeitet wurde, lag daran, daß die mit brauchbaren Antigenen erzielten Erfolge die der übrigen Carcinomreaktionen weit übertrafen. Stammler[77])[78]), der längere Zeit bei Ascoli gearbeitet hatte, fand unter 230 Fällen 82% der Tumorsera, aber auch 14% andersartiger Erkrankungen positiv, während Monakow[79]), sowie Leidi[80]), was die Zahl der positiven Reaktionen bei fehlendem Tumor betrifft, bessere Resultate erzielten. In gleichem Sinne müssen die Befunde von Brüggemann[81]) als sehr günstig aufgefaßt werden, indem er bei Nichtcarcinomkranken, selbst bei schwerer Kachexie, niemals eine positive Reaktion sah, was entgegen Stammler entschieden dafür spricht, daß die Meiostagmine bei Carcinom zu mindest bis zu einem gewissen Grade spezifisch sind, wofür auch Kelling auf dem Chirurgenkongreß auf das entschiedenste eingetreten ist. Die auffallend schlechten Ergebnisse von Duse[82]) lassen an die Verwendung schlechter Antigene denken.

Einen bedeutenden Fortschritt bildete die von Kraus angeregte, von Köhler und Luger[83])[84]), sowie Zarzycki[85]) durchgeführte Verwendung von Acetonextrakten aus käuflichem Lecithin. Die genannten Autoren untersuchten 236 Sera und fanden positive Reaktion bei Carcinom in 80%, bei Gesunden und andersartig Kranken (176 Fälle) dagegen nur in 3 Fällen, gleich 1,7%. Noch stärkere Ausschläge als mit Acetonextrakten erhielten Ferrari und Urizio[86]) mit amylalkoholischen Lecithinextrakten. Bald nach Luger und Köhler berichtete Izar über synthetisch dargestellte Verbindungen der Myristilsäure mit Proteinen als Ersatz für die Tumorantigene. Derselbe Autor erhielt auch brauchbare Resultate mit Emulsionen alkoholischer Myristilsäurelösung in verdünnten Gelatinelösungen[88]). Als vorläufig abschließendes Ergebnis der Studien Izars ist die Verwendung von alkoholischen Linol-Ricinolsäurelösungen an stelle der Extrakte aus Tumoren zu betrachten[89]). Die Methodik der Antigenbereitung, die damit in ein Stadium der Einfachheit getreten ist, die den weitgehendsten Ansprüchen genügen dürfte, gestaltet sich danach folgendermaßen: 1 g der käuflichen Linolsäure + 1 g Ricinolsäure werden in 50 ccm absolutem Alkohol gelöst und davon zur Reaktion 0,01 ccm verwendet. Rosenberg[90]) hat mit so herge-

stelltem Antigen Resultate erzielt, die den mit Tumorantigenen gewonnenen kaum nachstehen. Referent hat bisher 30 Carcinome und ebensoviel andersartig Kranke ohne Fehlresultate untersucht.

Wenn wir die gesamten mit den verschiedenen Carcinomreaktionen gemachten Erfahrungen zusammenfassen, kommen wir zu dem Resultat, daß bisher keine einzige den beiden Kardinalforderungen: nur bei Carcinomen positiv, beim Fehlen von Carcinom dagegen immer negativ zu sein, in vollkommener Weise genügt. Dies gilt vor allem von allen hämolytischen Reaktionen und dem Komplementbindungsverfahren, der Fermentreaktion, soweit sie den Nachweis antitryptischer Stoffe im Blutserum betrifft, sowie für die Krebszell- und Trübungsreaktion. All diesen Reaktionen haftet außerdem der Nachteil an, daß die Technik ihrer Durchführung schwierig ist und die Beschaffung geeigneter Reagentien vielfach nicht von dem guten Willen des Untersuchers abhängig ist (Antigenbereitung, Zellemulsionen). Günstiger liegen die Verhältnisse bei der Fermentreaktion nach Abderhalden, welche nach alledem, was wir von der Theorie und der Praxis der ihr zugrunde liegenden zellspezifischen, chemisch biologischen Vorgänge wissen, prädestiniert erscheint, zu einer restlos befriedigenden Lösung der Frage zu führen. Hier liegt in der großen Kompliziertheit und Empfindlichkeit der Technik das Hindernis der allgemeinen Anwendbarkeit derselben. Jedenfalls müssen wir nach dem gegenwärtigen Stand der Frage die Meiostagminreaktion als wertvollste der serologisch-diagnostischen Hilfsmittel an erste Stelle setzen, da dieselbe nicht nur an Empfindlichkeit, sondern auch an Einfachheit der technischen Durchführung alle anderen Reaktionen in den Schatten stellt.

Literaturverzeichnis.

Zusammenfassende Arbeiten.

Ranzi, E., Serumreaktionen bei malignen Tumoren, in R. Kraus und C. Levaditi, Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung 1910. G. Fischer, Jena.

Paltauf, R., Die klinische Diagnostik des Krebses. Wiener klin. Wochenschr. 1910, Nr. 46.

Kraus, R., Carcinomzelle und Carcinomreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 25, Nr. 23.

Hirschfeld, Über einige neuere Methoden zur Diagnostik bösartiger Geschwülste. Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 27—29.

I. Hämolytische Reaktionen.

A. Isolysine.

1. Crile, G. W., The cancer problem. Med. record. 1, Nr. 23. 1908. Ref. in Centralbl. f. Chir. 1908, S. 1091.
2. Richartz, Heintz L., Über das Vorkommen von Isolysinen im Blutserum bei malignen Tumoren. Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 31.
3. Elsberg, Ch. A., Neuhof, H. and S. H. Geist, A skin reaction in carcinoma from the subcutaneous injection of human red blood cells. Amer. Journ. of the med. Soc. 139, Nr. 2, S. 262. 1910.
4. Mosse, Subcutanprobe bei Carcinom. Berliner med. Gesellsch., Sitzung vom 13. Juli 1910. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 29, S. 1572.
5. Wolfsohn, Daselbst.
6. Agazzi, B., Über den Wert des Isolysinebefundes für die Diagnose bösartiger Geschwülste. Berliner klin. Wochenschr 1910, Nr. 31.
7. Upcott, Die Isohämolyse in ihrer Beziehung zum Krebs. Lancet 1910.
8. Bürger, Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 30. S. 1643.

B. Heterolysine.

9. Kelling, G., Über eine hämolytische Ausfallsreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1911, Nr. 38.
10. — Untersuchungen über die praktische Bedeutung der Meiostagminreaktion von Ascoli bei malignen Geschwülsten des Verdauungstraktus und vergleichende Untersuchungen über die Meiostagminreaktion und die heterolytische Blutreaktion. Wiener klin. Wochenschrift 1911, Nr. 3.
11. — Serologische Frühdiagnose eines Magencarcinoms. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 33, S. 1830.

12. Brüggemann, A., Beitrag zur Serumdiagnose maligner Tumoren. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 25, S. 877. 1913.

C. Aktivierung der Kobragiftpferdebluthämolyse.

13. Kraus, H., E. von Graff und E. Ranzi, Über neuere serologische Methoden zur Diagnose maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. 1911, S. 28.
14. Heynemann, Eine Reaktion im Serum Schwangerer, Kreißender und Wöchnerinnen. Archiv f. Gynaekol. u. Geb. 90. 1910.
15. Graff, E. v., und J. v. Zubrzycki, Die Kobragiftpferdebluthämolyse in der Schwangerschaft und bei Carcinom. Münch. med. Wochenschr. 1912, S. 574.

2. Komplementablenkungsreaktion.

A. Wassermannsche Reaktion.

16. Caan, A., Über Komplementablenkung bei Carcinom. Münch. med. Wochenschr. 1911, S. 731.
17. Dungern, E. v., Über Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementbindungsreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1912, S. 65.
18. Massini, Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei internen Erkrankungen. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 24 u. 25.
19. Brüggemann, l. c.

B. Komplementbindung mit spezifischen Antigenen.

20. Leschke, Die Serodiagnostik des Carcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Komplementbindungsmethode. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 30, S. 1642.
21. Santorini, Sulla diagnosi dei tumori maligni. Deviazione del complemento, ophthalmoreazione, cutireazione. Policlinico sez. chir. 18. 1911.
22. Dungern, E. v., Über Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementablenkungsreaktion II. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 20, S. 1093.
23. Rosenberg, M., Zur Frage der serologischen Carcinomdiagnostik. Deutsche med. Wochenschrift 1912, Nr. 26.
24. Isabolinsky und Dychno, Über Serodiagnose des Krebses. Wratschebnaja Gazetta 1912, Nr. 38.
25. Wolfsohn, G., Über Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementablenkungsreaktion nach Dungern. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 41.
26. Lindenschatt, J., Über Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementablenkungsreaktion nach v. Dungern. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 46.
27. Dungern, E. v., Über Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementablenkungsreaktion III. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 52, S. 2854.
28. Halpern, Über Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementablenkungsreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 17, S. 914.
29. Edzard, D., Über die Serodiagnostik des Carcinoms nach v. Dungern. Berliner klin. Wochenschr. 1912, Nr. 53.
30. Schenk, F., Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Wiener klin. Wochenschr. 1913, Nr. 14.
31. Petridis, A. P., Über Serodiagnostik der Geschwülste nach v. Dungern. Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 24, S. 1318.

3. Fermentreaktion.

A. Antitrypsinnachweis.

32. Brieger, L., und J. Trebing, Über die antitryptische Kraft des menschlichen Blutserums, insbesondere bei Krebskranken. Berliner klin. Wochenschr. 1908, Nr. 22, S. 1041.
33. Markus, Beitrag zur Antifermentwirkung des menschlichen Blutes. Berliner klin. Wochenschr. 1908, Nr. 14.
34. Groß, Die Wirksamkeit des Trypsins und eine einfache Methode zu ihrer Bestimmung. Archiv f. experim. Pathol. u. Ther. 58, S. 137. 1907.
35. Kämmerer, H., Studien über die Antitrypsine des Serums. Deutsches Archiv f. klin. Med. 113, S. 341.
36. Heide, v. d., und Krösing, Die Bedeutung der Antitrypsinbestimmung für die Gynaekologie. Zeitschr. f. Geb. u. Gynaekol. 67. 1910.
37. Gambaroff, G. v., Die Antitrypsinreaktion nach den Ergebnissen der Moskauer gynaekologischen Klinik. Wratschebnaja Gazetta 1910, Nr. 41.
38. — Die Diagnose der bösartigen Neubildungen und der Schwangerschaft mittels der Abderhaldenschen Methode. Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 30, S. 1644.
39. Pinkus, A., Die Bedeutung der Antitrypsinreaktion für die Diagnose und Prognose des Carcinoms. Berliner klin. Wochenschr. 1910, Nr. 51.

40. Zitronblatt, A., Die diagnostische Bedeutung des Antitrypsin des Blutserums bei Carcinom und anderen Erkrankungen. Wratschebnaja Gazetta 1911, Nr. 17—19.
41. — Die diagnostische Bedeutung der Antitrypsinreaktion des Blutserums beim Krebs und bei anderen Erkrankungen. Med. Klin. 1912, S. 1388.
42. Katzenbogen, G., Über die prognostische und diagnostische Bedeutung der Antitrypsinbestimmung im Blutserum. Berliner klin. Wochenschr. 1911, Nr. 41.
43. Welecki, St., Über den diagnostischen und prognostischen Wert der Antitrypsinreaktion bei dem Gebärmutterkrebs. Gynaekol. Rundschau 6, H. 4.
44. Poggenpol, S. M., Arbeiten der propaedeutischen chirurgischen Klinik (Prof. Oppel) 3. St. Petersburg 1912.
45. Waelli, Zur Frage der klinischen Bedeutung des Antitrypsins im Blutserum. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 25, S. 184.
46. Dychno, N., Die diagnostische Bedeutung der Antitrypsinreaktion des Blutes bei Carcinom. Therapeuticzkoje Obosrenije 16. 1912.
47. Lommel, Naturwissenschaftliche Gesellschaft zu Jena, Sitzung vom 21. Juli 1910. Münch. med. Wochenschr. 1911.
48. Graff, E. v., und J. v. Zubrzycki, Über den Antitrypsingehalt des Blutes bei Schwangerschaft und Carcinom. Zeitschr. f. Geb. u. Gynaekol. 72. 1912.

B. Fermentreaktion (Abderhalden.)

49. Frank, E., und F. Heimann, Über Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Fermentreaktion bei Carcinom. Berliner klin. Wochenschr. 1913, Nr. 14.
50. Abderhalden, Über Serumfermentwirkung bei Schwangeren und Tumorkranken. Münch. med. Wochenschr. 1913, S. 411.
51. Jaworski und Szymanowski, Beitrag zur Serodiagnostik der Schwangerschaft. Wiener klin. Wochenschr. 1913, Nr. 23.
52. Jonas, W., Beiträge zur klinischen Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion (Dialysierverfahren). Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 23.
53. Schiff, Ist das Dyalisierverfahren Abderhaldens differential-diagnostisch verwertbar? Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 22, S. 1197.
54. Epstein, E., Die Abderhaldensche Serumprobe auf Carcinom. Wiener klin. Wochenschr. 1913, Nr. 17.
55. Markus, M., Untersuchungen über die Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Fermentreaktion bei Schwangerschaft und Carcinom. Berliner klin. Wochenschr. 1913, Nr. 17.
56. Lindig, Über Serumfermentwirkung bei Schwangeren und Tumorkranken. Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 6, S. 288.
57. Engelhorn, Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 11, S. 587.

4. Krebszellreaktion (Freund und Kaminer.)

58. Freund, E., und G. Kaminer, Über die Beziehungen zwischen Tumorzellen und Blutserum. Biochem. Zeitschr. 26, S. 312. 1910.
59. — Sitzungsbericht der k. k. Wiener Gesellschaft d. Ärzte. Sitzung vom 4. März 1910. Wiener klin. Wochenschr. 1910, S. 738.
60. — Über die Beziehungen zwischen Tumorzellen und Blutserum. Wiener klin. Wochenschr. 1910, Nr. 34.
61. — Zur Diagnose des Carcinoms. Wiener klin. Wochenschr. 1911, Nr. 51.
62. Arzt, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie 1911, S. 136.
63. Kraus, Graff, E. v. und L. C. Ranzi, l. c.
64. Monakow, P. v., Beitrag zur Serodiagnostik der malignen Tumoren. Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr. 42, S. 2207.
65. Arzt, L., und W. Kerl, Über die Verwertbarkeit der Freund-Kaminer-Reaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1912, Nr. 46, S. 1821.
66. Leschke, E., l. c.

5. Meiostagminreaktion. (Ascoli und Isar.)

67. Ascoli, M., und G. Izar, Die Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 8, S. 413.
68. D'Este, St., Die Meiostagminreaktion in der Chirurgie. Berliner klin. Wochenschr. 1910, Nr. 19.
69. Micheli und Catoretti, Die Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 21, S. 1122.
70. Tedesco, Fr., Erfahrungen mit der Meiostagminreaktion. Gesellschaft f. innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 2. VII. 1910.
71. Stabilini, C., Beitrag zum Studium der Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten Berliner klin. Wochenschr. 1910, Nr. 32.
72. Ranzi und Amiradzibi, l. c.

73. Ascoli, M., und G. Izar, Die Serodiagnose bösartiger Geschwülste mittels der Meiostagminreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 22, S. 1170.
74. Micheli, F., und F. Catoretti, Über die Meiostagminreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1910, Nr. 44.
75. Ascoli, M., und G. Izar, Zur Technik der Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 41, S. 2129.
76. Kraus, v. Graff und L. C. Ranzi, l. c.
77. Stammler, Über Tumorreaktion mit besonderer Berücksichtigung der Meiostagminreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 37, S. 1957.
78. — Über neuere Methoden der serologischen Krebsdiagnose. Archiv f. klin. Chir. 96. 1911.
79. Monakow, l. c.
80. Leidi, F., Die Meiostagminreaktion bei malignen Geschwülsten. Berliner klin. Wochenschr. 1911, Nr. 38.
81. Brüggemann, l. c.
82. Duse, A., La sierodiagnosi dei tumori maligni colla reazione meiostamica e il suo valore pratico. Clin. chir. 1912, Nr. 6.
83. Köhler, R., und A. Luger, A., Eine Verbesserung der Meiostagminreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1912, Nr. 21.
84. — Zur Meiostagminreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1913, Nr. 8.
85. Zarzycki, St., Über die Verwertbarkeit der Acetonextrakte bei der Meiostagminreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1913, Nr. 8.
86. Ferrari, E., und L. Uricio, Die Meiostagminreaktion bei Verwendung von Lecithinextrakten. Wiener klin. Wochenschr. 1913, Nr. 16.
87. Izar, G., Synthetische Antigene zur Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Wiener klin. Wochenschr. 1912, Nr. 33.
88. — Über Antigene für die Meiostagminreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1912, Nr. 49.
89. — Über Antigene für die Meiostagminreaktion. Wiener klin. Wochenschr. 1913, Nr. 18.
90. Rosenberg, M., Zur Frage der serologischen Carcinomdiagnostik. Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr. 20.

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Gerdes, I. U.: Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. *Horsens städt. Krankenhaus.)* Hospitalstidende **56**, Nr. 47, S. 1391—1397. 1913.

43jähriges Fräulein, bei dem Nephrektomie gemacht wurde wegen einer rechtseitigen Nierentuberkulose. Die Patientin starb am Tage nach der Operation infolge Embolia arteriae pulmonalis. Bei der Sektion zeigten sich folgende Verhältnisse: Thorax von viriler Form, Mammae unentwickelt, Schamhaare von männlichem Typus; Klitoris 5 cm lang mit einem deutlichen Präputium, Corona glandis und einem Sulcus retro-glandularis. Auf der Unterseite der Klitoris eine Rinne, die sich an der Unterseite entlang fortsetzte und einen Kanal bildete, in welchem sowohl Vagina als Pars prostatica urethrae ausmündeten. Die Prostata war gut entwickelt, die Vagina breit und räumlich mit einer Länge von 6 cm. Uterus auch gut entwickelt, 6 cm lang, mit einer glatten Schleimhaut. Im Cervix uteri war Arbor vitae von besonders schöner Zeichnung; die Ovarien waren oval, von natürlicher Größe. Keine Corpora lutea, keine Cysten und keine Einziehungen nach geborstenen Follikeln an der Oberfläche. Nebennieren sehr groß. Rechte Nebenniere 8 cm breit, 5 cm lang und $2^1/_2$ cm dick. Über Lebensart und Charakter der Patientin ist nur wenig bekannt. Als Kind verkehrte sie am meisten mit Jungen und beteiligte sich an ihren Spielen. Für weibliche Tätigkeiten interessierte sie sich gar nicht, auch soll sie nie in intimere Verbindung mit einem Manne noch mit einer Frau gestanden haben. Im Krankenhaus, wo sie mit anderen weiblichen Patienten zusammen lag, zeigte sie für diese ein auffallendes Interesse, so daß man die Auffassung hatte, ihre Gefühle waren fast konträr sexuell. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Keller, R.: Keimdrüsentumoren bei einem Pseudohermaphroditen. (*Univ.-Frauenklin., Straßburg.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **101**, H. 1, S. 188—204. 1913.

Bei einer großen, schlanken anämischen „Weberin" wird ein über den Nabel reichender Tumor konstatiert. Patientin hat langes, rotes Kopfhaar, keinen besonders stark vorspringenden Kehlkopf, weibliche Stimme, keine Brüste, quoad sex.: 4 cm lange, $2^1/_2$ cm dicke Klitoris, deren Ende glans-penisartig verdickt ist und eine seichte Grube auf der Kuppe zeigt. Gut entwickelte große Labien verdecken einen für den Hegarstift N 8 gerade passierbaren Kanal. An der Vorderwand des Kanals gelangt der Katheter ohne Schwierigkeit durch eine Öffnung in die Harnblase. Die Laparotomie entfernt einen übermannskopfgroßen Tumor von buckliger Be-

schaffenheit und teigig weicher Konsistenz, über dessen Oberfläche die langausgedehnte linke Tube zieht und einen zweiten, faustgroßen markigen Tumor mit normal geformter rechter Tube. Ein fingerdicker kleiner Uterus wird zurückgelassen. Bei der Operation, die nicht im Gesunden ausgeführt werden kann, wird der linke, stark dilatierte, durchschnittene Ureter ligiert (ohne späteren Nachteil), Patientin stirbt ein Jahr danach an Krebskachexie. Mikroskopisch zeigen sich zwischen einem Bindegewebsnetze von streifig paralleler und auch radiärer Anordnung mit reichlicher, kleinzelliger Infiltration um die Gefäßwandungen mehr oder weniger locker zusammenhängende Zellen von 14—18 μ Größe mit teils runden, teils ovalen Kernen mit spärlichen Mitosen von feingekörntem Protoplasma ohne Zwischensubstanz. Gewebe, das als Hoden oder Ovar angesprochen werden konnte, wurde nicht gefunden. Da die Zellen in Aussehen und Größe den Zellen des Hodentumor von Zackarias entsprechen, glaubt Keller, daß es sich (trotz des Vorhandenseins von Uterus und Eierstock) um einen männlichen Zwitter handelte. Er stellt demnach die Diagnose auf einen alveolär-carcinomatösen Tumor der Keimdrüsen, voraussichtlich der Hoden, auf kongenital-teratomatöser Grundlage entstanden, d. h. auf einem Teratom, bei dem die Derivate eines Keimblattes, von denjenigen der beiden andern im Wachstum überflügelt, verschwunden sind (Picksche Theorie). *Krebs* (Breslau).

Sur la cardiopathie de la ménopause. (Die Kardiopathie der Menopause.) Gaz. de gynécol. Bd. 28, Nr. 658, S. 337—344. 1913.

Bei den zu Beginn der Menopause auftretenden Herzbeschwerden ist der objektive Befund in der Regel sehr geringfügig. Auch die Anamnese ist meistens negativ; insbesondere können neurasthenische Symptome vollkommen vermißt werden. Die Attacken steigern sich oft mit jeder neuen Blutung und gehen einher mit Herzpalpitationen, Herzangst und Beklemmungsgefühlen. In schweren Fällen können länger dauernde Ohnmachtsanfälle auftreten. Die Lungen bleiben frei von Stauungserscheinungen. In ätiologischer Hinsicht glaubt Verf., daß von den Genitalorganen abnorme Reize ausgehen zum Sympathicuszentrum, und von dort dann eine Einwirkung auf das Herz sowie auf die Gesamtheit der vasomotorischen Nerven stattfindet. Therapeutisch haben sich Morphium, Opium und Digitalis bewährt. *Holste* (Stettin).

Hoeven, van der: Die Bedeutung der Curettage. Niederl. Gynaekol. Gesellschaft, Sitzg. v. 12. X. 1913, Amsterdam. (Holländisch.)

Wenn frequente Menses nur von der Eireifung abhingen, könnte durch Curettage keine Heilung erzielt werden.

v. d. Hoeven hat unabhängig vom Intervall in 50% aller Fälle Heilung erzielt; in allen diesen geheilten Fällen muß demnach die Krankheitsursache in der Schleimhaut selbst gesucht werden. Länger fortgesetzte Beobachtungen bei 200 Patientinnen ergaben: Wenn die Frau vor der Curettage zu häufig menstruiert, dauern die Blutungen nachher durchschnittlich länger als bei solchen, die vierwöchentlich menstruierten; auch kommt die erste Blutung häufiger schon nach drei Wochen zurück; die zweite Menstruation richtet sich dann meist nach der ersten; die dritte kommt dann meist verfrüht, woraus man auf eine nur vorübergehende Heilung schließen muß. Ist unmittelbar vor der zu erwartenden Menstruation curettiert worden, dann bleibt die Blutung 8 bis 10 Wochen aus; ist im Intermenstruum curettiert worden, so kann man auf die folgende Menstruation in 3, 6 bis 7 Wochen rechnen. Ist kurz nach erfolgter Menstruation curettiert worden, so erscheint die nächste Blutung $3^1/_2$ bis $4^1/_2$ Wochen später. Bei Curettage nach Abortus kommt die erste Menstruation beinahe immer genau nach 4 Wochen. v. d. H. schließt daraus, daß man den Menstruationszyklus durch Curettage in gegebenen Fällen beliebig verschieben kann. Mikroskopisch lassen stark gewundene, reichliche Drüsen ein längeres Wegbleiben der nächsten Menses erwarten.

Als Endergebis hebt van der Hoeven hervor, daß man durch Curettage die Frequenz und den Typus der Menstruation beliebig beeinflussen kann, aber nicht die Ovulation, und daß deshalb die Menstruation nicht als eine Folge von Ovulation oder Beeinflussung durch das Corpus luteum aufgefaßt werden darf. *Stratz.*

Fischer, Hugo: Entwässerung zur Paraffineinbettung. Zeitschr. f. wiss. Mikroskop. u. mikroskop. Techn. Bd. **30,** H. 2, S. 176—177. 1913.

Botanische Objekte, die für das Mikrotom in Paraffin eingebettet werden sollen, dürfen nicht, wie bisher fälschlich geraten wurde, möglichst absolut entwässert werden. Sie werden dadurch zu spröde. Etwas Wassergehalt gibt ihnen die nötige Geschmeidigkeit. *Goldschmidt* (Hannover).

Colorni, C., Glicosuria e diabete sotto il punto di vista ostetrico-ginecologico. (Glykosurie und Diabetes vom Standpunkte des Gynaekologen.) (*Clin.*

ostetr.-ginecol., Bologna.) Ann. di ostetr. e ginecol. **35,** S. 113—197 u. 381 bis 485. 1913.

Verf. beobachtete eine Schwangere, die an schwerem Diabetes litt. Der Diabetes war schon vor der Schwangerschaft festgestellt worden. Die Patientin hatte im 6. Monat Frühgeburt. Die Frucht war tot. Der Fall gab Veranlassung zu einer umfassenden Zusammentragung der einschlägigen Literatur. *Baldes* (Frankfurt a. M.).*

M'Ilroy, A. Louise: Intestinal toxaemia in its relationship to obstetrical and gynaecological affections. (Darmtoxikosen und ihre Beziehungen zu geburtshilflichen und gynaekologischen Leiden.) Glasgow med. journal Bd. **80,** Nr. 3, S. 166—177. 1913.

Viele gynaekologische Leiden sind vielleicht mehr Begleiterscheinungen einer allgemeinen Intoxikation vom Darm aus als primäre Frauenleiden. Die Intoxikation wird hervorgerufen durch Störungen in der Peristaltik und Stauung im Darm. Diese Erscheinungen können beruhen auf sitzender Lebensweise, mechanischen Momenten (angeborene Enteroptose, Adhäsionen, unzweckmäßige Kleidung), Verwachsungen infolge gynaekologischer Operationen, akute gelbe Leberatrophie, nervöse Ursachen. Symptome der Intoxikation: Die gewöhnlichen der Darmintoxikation, ferner Leukorrhöe, Dysmenorrhöe usw. Die Untersuchung soll liegend und auch stehend erfolgen und sich außerdem erstrecken auf die Kleidung (Korsett); nötigenfalls Durchleuchtung der Bauchhöhle und andere diagnostische Hilfsmittel. In jedem Fall soll eine gründliche allgemeine und nicht bloß gynaekologische Untersuchung stattfinden. Therapie: Beseitigung der Ursache. Keine zu reichlichen Mahlzeiten, ev. Milch, körperliche Übungen, bequem sitzende Kleidung, u. a. Tragen von Leibbinden (im Liegen anzulegen), keine regelmäßigen Abführmittel, besser täglich 1—2 mal 4 ccm flüssiges Paraffin per os, nötigenfalls Öleinlauf. Prophylaktisch: bei gynaekologischen Operationen sorgfältige Peritonealisierung zur Vermeidung von Adhäsionen. *Schmidt* (Tübingen).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Novak, Josef: Über den Einfluß der Nebennierenausschaltung auf das Genitale. *(II. Univ.-Frauenklin., Wien.)* Arch. f. Gynaekol. Bd. **101,** H. 1, S. 36 bis 64. 1913.

Verf. hat versucht, die spärlichen Angaben, die sich klinisch über diesen Einfluß finden, experimentell zu erforschen. Aus seinen Tierversuchen ergibt sich: Die Nebennierenexstirpation ruft bei Ratten eine Hypoplasie bzw. Atrophie des Genitale hervor, die um so stärker ausgesprochen ist, je jünger das Tier zur Zeit der Operation war. Partielle Nebennierenexstirpation ruft keine Genitalschädigung hervor. Die Genitalatrophie ist besonders bei Tieren mit künstlich erzeugten Nebennierentumoren ausgesprochen. Die Genitalatrophie ist nicht oder nur in geringem Grade die Folge einer herabgesetzten Nahrungsaufnahme, sondern beruht in erster Reihe auf dem Ausfall einer spezifischen innersekretorischen Funktion der Nebenniere. Die Potenz und Konzeptionsfähigkeit nebennierenloser Tiere ist wesentlich herabgesetzt. Eine bereits vorhandene Schwangerschaft braucht durch die beiderseitige Nebennierenexstirpation nicht unterbrochen zu werden. Die spärlichen bisher am klinischen Material erhobenen Befunde stehen im Einklang mit den tierexperimentellen Erfahrungen. *Weißwange.*

Fuchs, Adolf: Tierexperimentelle Untersuchungen über die Organspezifität der proteolytischen Abwehrfermente (Abderhalden). *(Heil- und Pflegeanst. Kaufbeuren.)* Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 40, S. 2230—2231. 1913.

Verf. behandelte Kaninchen durch eine intraperitoneale Injektion von Menschenniere, Menschenmuskel und Kalbsleber vor und untersuchte nach mindestens 4 Tagen das Serum der Tiere auf Abwehrfermente. Mit Rücksicht auf die im Serum von Pflanzenfressern stets vorhandenen mit Ninhydrin reagierenden dialysablen Substanzen wurde zunächst der Gehalt des Serums an diesen Stoffen mit Ninhydrin austitriert. Es ergab sich, daß jedesmal absolut organspezifische, nicht aber artspezifische Abbau-

fermente im Serum nachweisbar waren, indem z. B. nach Vorbehandlung mit Menschenniere nicht nur diese, sondern ebenso stark auch Kalbsniere und Meerschweinchenniere abgebaut wurden, während die Reaktion mit Leber negativ ausfiel. Diese Versuche unternahm der Autor, nachdem er die Technik des Verfahrens so weit beherrschte, daß er in Übereinstimmung mit Fauser bei Dementia-praecox-Kranken Abbau von Keimdrüsen des entsprechenden Geschlechtes, bei manisch-depressiven Individuen kein Abbauungsvermögen, bei Carcinomkranken Abbau von Carcinomgewebe erhielt.

J. Bauer (Innsbruck).[M]

Perdrizet, L.-E.: La réaction d'Abderhalden. (Die Abderhaldensche Reaktion.) Clinique (Paris) Jg. **8**, Nr. **30**, S. 474—475. 1913.

Kurze Auseinandersetzung des optischen und Dialysierverfahrens sowie ihrer theoretischen Grundlagen. *Jonas* (Greifswald).

Novak, J., und O. Porges: Über die Acidität des Blutes bei Osteomalacie. (*I. med. Klin. u. II. Frauenklin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. **44**, S. 1791—1793. 1913.

An 11 Fällen von Osteomalacie (6 puerperale, 3 Alters und je 1 gravider bzw. männl. [Ostitis deformans]) wurden nach neuen Methoden Untersuchungen auf Blutacidität angestellt, um die Säuretheorie zu prüfen. Die 130 Bestimmungen ergaben eine herabgesetzte Kohlensäurespannung, aber auch bei normaler Gravidität findet sich mitunter eine solche Herabsetzung. Es mußte also sowohl bei der Osteomalacie, als bei der Schwangerschaft das Blut gegenüber der Norm eine erhöhte Lösungsfähigkeit für Kalksalze erwerben und eine Steigerung der Acidität im Sinne einer Vermehrung von kalklösenden fixen Säuren und Verminderung der kalkfällenden Kohlensäuren müßte das Blut befähigter zu einem Kalktransport machen. Zufuhr von Alkalien beeinflußten die osteomalacischen Erscheinungen nicht, wohl aber hörten in einem Falle von Altersosteomalacie alle Zeichen der Tetanie, die bei der Pat. seit $1^1/_2$ Jahren nebenbei bestand, auf; es bestehe also ein Zusammenhang zwischen Tetanie und Acidosis. — Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sollen einen weiteren Beweis bringen, daß die Osteomalacie mit innersekretorischen Störungen der Ovarien zusammenhängt und zwar insofern, als die Untersuchungen bei der normalen Gravidität und bei der Osteomalacie eine Acidosis ähnlicher Art nachweisen. Das läßt daran denken, daß eine Steigerung der schon in der normalen Schwangerschaft auftretenden Abänderung der Ovarialfunktion die eigentliche Ursache der Osteomalacie bildet. *Torggler* (Klagenfurt).

Allgemeine Diagnostik:

Marenduzzo, L.: La diagnosi del cancro. (Diagnose des Carcinoms.) Neapel: F. Giannini 1913. 255 S.

Allgemeine Therapie:

Loose, Gustav: Die Röntgentherapie juveniler Menorrhagien. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. **9**, S. 70—73. 1913.

Loose empfiehlt bei profusen, in der Pubertät auftretenden Menstruationsblutungen die Bestrahlung mit 2—3 X mittelharter Strahlen pro Ovarium während der Blutung. Nach 3—4 maliger Wiederholung war eine Regulierung zur Norm erreicht. Die Erklärung der Wirkung sucht Loose darin, daß Röntgenstrahlen auf das hoch radiosensible, pathologische Ovarialstroma bereits korrigierend einwirken, wo sie das viel widerstandsfähigere Follikelgewebe noch völlig unberührt lassen.

Hoffmann (Dresden).

Keetman, B.: Zur Strahlentherapie der Geschwülste. (*Laborat. d. Dtsch. Gasglühlicht-Akt.-Ges.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 39, S. 1806—1808. 1913.

Polemik gegen S. Löwenthal (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33). Berichtigung einiger irrtümlicher Ansichten über die physikalischen Eigenschaften und die Dosierung der Röntgen- und Radiumstrahlen. Zu kurzem Referat nicht geeignet. *Frangenheim* (Köln).CH

Hirsch, Georg: Die Röntgenstrahlen-, Radium- und Mesothoriumtherapie bei malignen Tumoren in der Gynaekologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21,** H. 2, S. 123—147. 1913.

Die Behandlung bösartiger Tumoren mit Röntgenstrahlen, Radium und Mesothorium befindet sich erst im Anfangsstadium der Entwicklung. Trotzdem kann man heute schon mit vollem Recht behaupten, daß die Radiotherapie allen bisher gekannten und angewandten Krebsheilmethoden weit überlegen ist. Die Technik in der Anwendung der Röntgenstrahlen ist in den letzten Jahren wesentlich vervollkommnet worden. Die Technik in der Anwendung der radioaktiven Stoffe befindet sich noch in fortschreitender Entwicklung. Die Wirkung der Strahlen ist nur eine lokale; sie erstreckt sich nur auf die zunächst gelegenen, direkt bestrahlten Carcinommassen, je nach der Intensivität und Menge der angewandten Strahlenart bis zu einigen Zentimetern in die Tiefe. Weiter in der Tiefe gelegene Krebspartien werden nur wenig oder überhaupt nicht beeinflußt. Metastasen werden in der Regel nicht zurückgebildet. Die Wirkungsweise der Strahlen auf das Carcinom ist eine spezifische: Zellkern und Zellprotoplasma werden aufgelöst und zerstört. Auch das Bindegewebe erleidet tiefgehende Veränderungen. Nebenschädigungen der gesunden Körperzellen können bei richtig ausgeführter Filtrationstechnik vermieden werden. Sowohl mit Röntgenstrahlen als mit Radium als mit Mesothorium wurden bisher sehr günstige Erfolge erzielt. Doch ist zurzeit den radioaktiven Substanzen wegen ihrer bequemeren, viel einfacheren Anwendungsweise, ihrer Kleinheit und ihrer radiären Wirkung der Vorzug einzuräumen. Andere Strahlenquellen als die genannten haben sich als unwirksam erwiesen. Die Strahlenwirkung auf die einzelnen Krebsformen ist nicht immer gleich. Plattenepithelkrebse, auch Mammacarcinome reagieren im allgemeinen viel schneller als die tiefer gelegenen Drüsenkrebse. Aber auch bei sonst gleichem klinischen Bild ist die Strahlenwirkung oft verschieden. Sarkome und Cystencarcinome mit papillärem Bau scheinen von der Strahlentherapie am günstigsten beeinflußt zu werden. Neuere Untersuchungen und Erfolge haben die Zweckmäßigkeit der Kombination der Radiotherapie mit tumoraffinen chemischen Stoffen ergeben. Hier bieten gewisse Arsen-, Tellur- und Selenverbindungen und die Cholinsalze gute Aussichten. *Runge* (Berlin).

Sigwart, W., und P. Händly: Das Mesothorium in der Gynaekologie. (*Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 33, S. 1322—1326. 1913.

Metropathien, Blutungen bei Adnexentzündungen, Myome wurden durch Mesothorium sicher beeinflußt. Inoperable Carcinome wurden zum Teil klinisch geheilt. Häufig wurde die Röntgen- mit der Mesothoriumbehandlung kombiniert. Speziell betreffs der Carcinome kommen die Autoren zu dem folgenden Resümee: die Strahlenbehandlung bei inoperablen Carcinomen und bei Rezidiven ist allen andern Verfahren überlegen; klinische Heilungen können erzielt werden. Für operable Uteruscarcinome besonders jüngerer Frauen sich jetzt schon an Stelle der Operation für die Bestrahlung zu entschließen, wird für verfrüht gehalten, da eine Beeinflussung der durch die Operation ev. zu entfernenden Lymphdrüsen durch die Mesothorium- und Röntgentherapie bis jetzt nicht erwiesen sei. *Lembcke* (Freiburg i. Br.).

Meidner, S.: Bericht über einige mit Mesothorium behandelte Fälle von inoperablem Mastdarm- und Speiseröhrenkrebs. (*Charité, Berlin.*) Therap. d. Gegenw. Jg. **54,** H. 10, S. 447—451. 1913.

Bei der Mehrzahl der Fälle wurde durch Mesothor Rückgang der Geschwulstbildung, beim Oesophaguscarcinom günstige Beeinflussung der Stenose erzielt. Sinnfälliger waren die Erfolge bei vorgeschrittenem Uterus-. Vagina- und Vulvacarcinom. *Boit* (Königsberg i. Pr.).CH

Schnée, Adolphe: Technique de la radiothérapie des tissus profonds. (Technik der Strahlentiefentherapie.) Ann. d'électrobiol. et de radiol. Jg. **16,** Nr. **10,** S. 655—665. 1913.

Beschreibung der biologischen und physikalischen Grundlagen, auf denen die Konstruktion der Apparate für Tiefentherapie beruht. Einzelheiten müssen in dem mit zahlreichen Figuren versehenen Original nachgelesen werden. *Jaeger* (München).

Bergonié, J.: Die medizinischen Anwendungen der Diathermie. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50,** Nr. 39, S. 1796—1799. 1913.

Neuerdings werden in der Diathermiebehandlung reine Metallelektroden von großer Oberfläche verwendet ohne Zwischenlagerung von mit Wasser getränkten Kissen. Bei fester Anlagerung der Metallplatten werden Verbrennungen mit Sicherheit vermieden. Außer den thermischen Wirkungen kennen wir keinen Einfluß der hochfrequenten Ströme, der in irgendeiner Weise schädigend auf den Organismus wirkt. Bei der Durchwärmung der Gewebe spielt die Blutzirkulation die Rolle eines Wärmeregulators. Die Zuführung der Wärme stellt einen Zuwachs an Energie dar für den Organismus. Kachektische Individuen werden in ihrem Gesamtbefinden sichtlich gehoben. Für die Chirurgie bedeutet die Diathermie einen großen Gewinn in der Behandlung von Tumoren jeglicher Art und die Zukunft der chirurgischen Diathermie scheint dem Verf. fast unbegrenzt. *Carl* (Königsberg).CH

Fürstenberg, Alfred: Über Diathermie. (*Hydrotherap. Anst., Univ. Berlin.*) Zentralbl. f. d. ges. Therap. Bd. **31,** H. 11, S. 561—563. 1913.

Innerhalb tiefer gelegener Organe steigt bei Verwendung der Diathermie die Temperatur bloß um 0,5° C, und zwar bei schwächeren Strömen mehr als bei stärkeren. Im toten Körper dagegen entspricht die Wärmesteigerung der Stromzunahme. Erklärung gibt der Schluß, daß beim Lebenden die trockenen Hautflächen, als schlechte Leiter stark durch kräftigeren Strom erhitzt, den tiefer gelegenen Partien durch Einsetzen der Wärmeregulationen Wärme entziehen. — Trifft der diathermische Effekt zwei Organe mit verschiedenem Widerstand gegen den Durchtritt des Stromes (hieraus entsteht eben die Joulesche Wärme), so erwärmt sich bei hintereinandergelegenen Organen mehr das mit größerem, bei parallel gelegenen mehr das mit kleinerem Widerstand. *Mohr* (Berlin).

Beveridge, J. W.: A preliminary report on the importance of glandular extracts. (Vorläufiger Bericht über die Wichtigkeit glandulärer Extrakte). Med times Bd. **41,** Nr. 11, S. 330. 1913.

Bericht über 2 Fälle mit Ausfallerscheinungen nach Ovariektomie, die durch langsam steigende Dosen (6 Tabletten täglich, jede gleich 0,02 getrocknete Substanz, steigend bis auf 30 Tabletten täglich, mit je zehntägiger Pause 5 Monate lang wiederholt) von Ovarium von Schafen geheilt wurden. *Mohr* (Berlin).

Aravandinos, A. J.: Beobachtungen in der Athener Univ.-Poliklinik für innere und Nervenkrankheiten. U. a. die Erfolge mit Salvarsan. Grèce med. No. 13/14, S. 199—200. 1913. (Griechisch.)

Verf. sah bei Frauen, bei denen der Uterus und beide Ovarien exstirpiert wurden, sehr große nervöse Beschwerden. Daher verdient die schwerere aber stets mehr wissenschaftliche Methode, den Uterus ohne die Ovarien zu entfernen, unbedingt den Vorzug. Bei den Ausfallserscheinungen sah Verf. gute Erfolge durch einige Injektionen mit Salvarsan. *Sfakianakis* (Berlin).

Allgemeine Chirurgie:

Martius, Heinrich: Festalkol, ein neues Händedesinfektionsmittel für die Hebammen- und Außenpraxis. (*Frauenklin. u. hyg. Inst., Univ. Bonn.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 43, S. 2088—2091. 1913.

Festalkol hat pastenartige Konsistenz und enthält 20% aus reinster Palmitin- und Stearinsäure gewonnene Kernseife und 80% 98 proz. Alkohol. Er wird in die Hände fest eingerieben, welche feucht sein müssen, damit der Alkohol in der richtigen Konzentration wirkt, und dann in 1‰ Sublimatlösung, welche durch die Seife nicht verdorben wird, abgespült.

Die bakteriologischen Versuche haben ergeben, daß er an Desinfektionswirkung den besten Desinfektionsmitteln zum mindesten an die Seite zu stellen ist; durch seine praktischen Vorzüge übertrifft er die bisher üblichen Methoden bei weitem. Auch unter dem Handschuh waren nach Festalkoldesinfektion die Keime während der Operation nicht vermehrt. Festalkol wird von der Marquartschen Fabrik hergestellt. *Herzog* (Frankfurt a. M.)

Wolfermann, S. J.: Local anesthesia in minor gynecology. (Lokalanästhesie in der kleinen Gynaekologie.) Journal of the Missouri State med. assoc. Bd. **9,** Nr. 11, S. 361—362. 1913.

Hesse, Friedrich Adolf: Klinisches über das Hormonal. (*Chirurg. Klin., Greifswald.*) Therapeut. Monatsh. Jg. **27,** H. 10, S. 698—706. 1913.

Zu Anfang gibt Verf. eine umfassende Übersicht über die Hormone überhaupt und über das Hormonal oder Peristaltikhormon im besonderen. In der Greifswalder Klinik wird das in seiner Zusammensetzung noch wenig geklärte Mittel nur in den Fällen schwerster Darmlähmung angewandt, wenn nichts mehr zu verlieren ist. Selbstredend wurde die Ursache der Darmlähmung, z. B. perforierte Appendix und dergleichen, wenn irgend möglich, in allen Fällen zunächst entfernt. Neben frappanten Erfolgen wurden bei dem alten Hormonal sehr bedrohliche Blutdrucksenkungen konstatiert, und da die Vorteile der Medikation die Gefahren derselben nicht aufwogen, wurde das Mittel verlassen. Bei der Herstellung desselben entfernte die Fabrik späterhin eine Albumose, die der Urheberschaft der unliebsamen Störungen angeschuldigt wurde. Darauf machte man in Pels-Leusdens Klinik neue Versuche und stellte fest, daß das neue Hormonal in allen Fällen ausgezeichnet, ja nicht selten lebensrettend wirkt, und es wird in der Klinik als ultima ratio bei Darmparalysen vorläufig weiter angewandt werden. Die Einspritzung erfolgt in eine Vene, und zwar so langsam, daß auf einen ccm Hormonalinjektionen eine Minute gerechnet wird; da die Dosis etwa 20 g beträgt, vergehen also volle 20 Minuten, d. h. es wird etwa alle 3—4 Sekunden ein Tropfen des Mittels einverleibt, und gerade auf diese Art der Einspritzung legt der Verf. das Hauptgewicht. Etwa 1/2 Stunde danach werden 1—2 Eßlöffel Ricinusöl verabreicht; wenn erforderlich, wird das Öl nach erfolgter Spülung des Magens durch den Schlauch eingeführt. Hierin wird eine wirksame Unterstützung der Hormonaltherapie erblickt. Blutdrucksenkungen setzen unter Umständen auch nach Einverleibung des gereinigten Hormonales ein, haben aber niemals bedrohlichen Charakter angenommen. Das Mittel hat niemals versagt, die Darmtätigkeit ist immer in Gang gekommen, doch ist das Medikament keineswegs als unschädlich zu bezeichnen. Verf. ermahnt eindringlich zur Vorsicht und verlangt von dem behandelnden Arzt, daß er sich dauernd seiner schweren Verantwortung bewußt bleibe.

Colley (Insterburg).[CH]

Cocke, Charles Hartwell: Recent advances in the methods of administration of general anesthetics. (Neue Fortschritte in den Methoden der Allgemeinnarkose.) Southern med. journal Bd. **6,** Nr. 11, S. 719—723. 1913.

Referierender Bericht über Criles Anociassociation, die nicht näher erläutert wird, das Druckdifferenzverfahren, die intravenöse Äthernarkose, die Meltzer-Auersche intratracheale Insufflation und die Lumbalanästhesie ohne Mitteilung eigener Erfahrungen und Anschauungen.

Becker (Bonn).

Gunn, James A.: The antagonism between adrenine and chloroform, chloral, etc., on the heart; and the induction of rhythmic contractions in the quiescent heart by adrenine. (Über den Antagonismus zwischen Adrenalin und Chloroform, Chloral usw. in ihrer Herzwirkung; zugleich eine Untersuchung über die Hervorrufung rhythmischer Kontraktionen am ruhenden Herzen durch Adrenalin.) (*Pharmacol. laborat., Oxford.*) Quart. journal of exp. physiol. Bd. 7, Nr. 1, S. 75—85. 1913.

Untersuchungen an Katzen- und Kaninchenherzen, die nach Langendorf mit Lockescher Lösung durchströmt wurden. Zusatz von Chloroform verringert die Amplitude und die Frequenz der Herzkontraktionen, Adrenalin bringt beide meist wieder zur Norm; doch vermag es einen Chloroformherzstillstand nicht aufzuheben. Ähnlich wirkt Adrenalin beim chloralvergifteten Herzen, wobei zunächst sein amplitudeerhöhender, dann sein frequenzsteigernder Effekt in Erscheinung tritt. Adrenalin bringt ein durch Chloral (nicht durch Chloroform) in Diastole stillgestelltes Herz wieder zum Schlagen. Die Herzwirkung noch größerer Chloraldosen, die das Herz in Systole stillstellen, wird durch Adrenalin nicht aufgehoben. — Wahrscheinlich wirkt das Adrenalin ohne Vermittlung motorischer Herzganglien, zumal die sympathischen Nervenendigungen direkt mit den Herzmuskelfasern in Beziehung treten. — Der Herzsympathicus beherrscht nicht nur Amplitude und Frequenz der Herztätigkeit, sondern scheint auch, wenn er gereizt wird, der Erreger rhythmischer Kontraktionen zu sein. *E. Neubauer.*[x]

Fischler, F.: Über das Wesen der zentralen Läppchennekrose in der Leber und über die Rolle des Chloroforms bei dem sogenannten Narkosenspättod. (*Med. Klin. Heidelberg.*) Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. **26,** H. 4, S. 553 bis 595. 1913.

Der Chloroformnarkosentod durch zentrale Läppchennekrose der Leber scheint

nicht bewiesen aus der vorhandenen Literatur, noch hat er sich bestätigt durch des Verf. Versuche. Ohne die beschriebenen Chloroformtodesfälle klären zu können, konnte bei seinen Tieren nur dann eine zentrale Läppchennekrose nachgewiesen werden, wenn bei vorhandener Eckscher Fistel eine Pankreasfettgewebsnekrose durch Druck usw. entstanden war. Der Zusammenhang erscheint sicher. Portalausschaltung allein macht dies nicht; auch vertragen Eck-Tiere Chloroform, sogar mehrmalig verabreicht, gut. Als Voraussetzung für solche Nekrose, die aus den bisher vorliegenden Publikationen bekannt ist, nimmt er eine primäre Leberschädigung als vorliegend an. Auch ohne Chloroform konnte er solche zentrale Nekrosen erzeugen. Also: Chloroform wohl nicht die kausale Noxe sondern nur Vorbereitungsmoment. Es bedarf einer gewissen Zeit somit eines „Weiterwirkens der Noxe" bis zu der Entstehung. Deshalb sei die Chloroformnekrose nur der sichtbar gewordene Einfluß tryptischer Einwirkungen auf das Leberparenchym. Die beobachteten klinischen Symptome sprechen für eine „Abbauintoxikose". In allem sieht er die Bestätigung seiner Ansicht „von der Einwirkung einer eiweißabbauenden Substanz als eigentliches Agens bei der unter Chloroform oder einer anderen Schädlichkeit hervorgebrachten Lebernekrose". Abbildungen und genaue Protokolle erläutern die sehr ausführliche Arbeit. *Weichert* (Breslau).CH

Aguglia, Eugenio: Affezione del cono midollare in seguito a rachiostovainizzazione. (Verletzung des Conus medullaris nach Lumbalanästhesie mit Stovain.) (*Istit. di clin. d. malatt. nerv. e ment. e di antropol. crimin. univ., Catania.*) Riv. ital. di neuropatol., psichiatr. ed elettroterap. Bd. **6**, Nr. 9, S. 389 bis 393. 1913.

40jährige Frau erhält vor der Uterusexstirpation Stovain intralumbal, die Nadel wurde in der Höhe der Crista ilei und etwas nach oben und außen von der Mittellinie eingestochen. Wenige Minuten später Lähmung der unteren Gliedmaßen, am Abend zeigte sich, daß auch die Blase und das Rectum gelähmt waren. Die Lähmungen der Gliedmaßen schwanden nach einigen Tagen, während die der Blase und des Mastdarms sowie eine Empfindungslosigkeit am Damm, Perineum, der Vulva, dem Rectum und an beiden Gesäßhälften monatelang fortdauerten und zur Zeit der Veröffentlichung des Falles noch bestanden. An den Zehen des rechten Fußes, besonders an der kleinen Zehe war ein schmerzhaftes taubes Gefühl vorhanden. Nach Ansicht des Verf. lag eine Läsion des Conus medullaris und nicht der Cauda equina vor, da im letzteren Falle heftige Schmerzen in der ganzen Sakral- und Perinealgegend eingetreten sein würden. Auch könne es sich nicht um eine Intoxikation durch Stovain handeln, da die Erscheinungen sofort auftraten, und anderweitige Intoxikationsymptome nicht vorhanden waren. Allem Anschein nach habe es sich um eine Verletzung der grauen Substanz des Konus durch die Injektionsspritzenkanüle gehandelt. *Herhold* (Hannover).CH

Straub, Walther: Über Zersetzung und Konservierung von Scopolaminlösungen. (*Pharmakol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 41, S. 2279—2280. 1913.

Die Unzuverlässigkeit der Scopolaminlösungen, die infolge ihrer Zersetzlichkeit große Schwankungen in der narkotischen Wirkung bisher aufgewiesen haben, sucht Straub durch Zusatz des sechswertigen, leicht löslichen Alkohols Mannit zum Scopolamin zu beheben. Die Versuche mit diesem Mannitscopolaminpräparat in der Freiburger Frauenklinik ergaben die gleiche Wirksamkeit dieses Präparates wie die aus der Apotheke bezogenen frischen Lösungen. Fabrikmäßige Herstellung des Präparates von Hoffmann La Roche. *Harf.*CH

Singleton, A. O.: The practical application of intratracheal anesthesia. (Die praktische Anwendung der intratrachealen Narkose.) Texas State journal of med. Bd. **9**, Nr. 6, S. 181—184. 1913.

Für Operationen in der Brusthöhle, im Gesicht und an den oberen Abschnitten des Verdauungstraktus wird als die unschädlichste und bequemste Narkose die intratracheale Insufflationsanästhesie empfohlen. Jede Narkose wird mit der Tropfmethode eingeleitet, weil sonst der Würgreflex die Einführung des Katheters erschwert. Die kurz beschriebene, einfache Apparatur ist auch zur Wiederbelebung Scheintoter sehr geeignet. *Gräfenberg* (Berlin).

Vaughan, J. Walter: Direct blood transfusion. (Direkte Bluttransfusion.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12**, Nr. 11, S. 582—586. 1913.

Bei der direkten Bluttransfusion kommt es vor allem auf die Zuführung roter Blutkörperchen als die Sauerstoffübermittler und Bekämpfer der Gewebsasphyxie an. Bei

Überführung der Leukocyten kann die Fermentwirkung erst nach 3—14 Tagen eintreten. Bei unstillbarer Blutung ist die Infusion menschlichen Serums, weil einfacher, der Bluttransfusion vorzuziehen, da in dem Serum auch Blutplättchen enthalten sind. Bei der perniziösen Anämie gibt die Bluttransfusion nur vorübergehende Erfolge, da die Erythrocyten kernlose Zellen sind, die sich nicht vermehren. Die direkte Bluttransfusion ist angezeigt bei Krankheiten mit langdauernden Blutungen, bei Pneumonien, bei denen die sauerstoffbindende Kraft des Blutes herabgesetzt ist, bei Gasvergiftungen und anderen Formen der Asphyxie. Die Methode der Wahl ist die Überleitung des Blutes aus einer Vene des Spenders in eine Vene des Empfängers. Vaughan bedient sich eines praktischen, abgebildeten Apparates: zwei mit Schläuchen armierte Kanülen stehen durch einen Zweiwegehahn mit einer Glasspritze in Verbindung; das mit der Spritze aspirierte Blut wird in einem an der Spritzenkanüle angeschlossenen Glaszylinder mit Kochsalz verdünnt und durch Verstellen des Zweiwegehahns unter dem Druck der Spritze in die Vene des Empfängers gespritzt. Es wird so eine Kontrolle der Menge des transfundierten Blutes gewährleistet. *Becker* (Bonn).

Kirschner, Martin: Der gegenwärtige Stand und die nächsten Aussichten der autoplastischen, freien Fascien-Übertragung. (*Chirurg. Klin., Königsberg i. Pr.*) Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **86**, H. 1, S. 5—149. 1913.

Schenck, Benjamin R.: Thrombosis and embolism following operation and childbirth. (Thrombose und Embolie nach Operationen und Geburten.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 5, S. 603—610. 1913.

Die Fälle von venöser Thrombose nach Operationen oder Geburten können in zwei klinisch verschiedene Gruppen eingeteilt werden: 1. die Fälle, meistens puerperale, durch Infektion verursacht, in denen die Beckenvenen betroffen sind und 2. die später entstehenden, milder verlaufenden, meistens postoperativen Fälle, bei denen besonders die V. femoralis oder V. saphena affiziert sind. In der Literatur werden die Bezeichnungen Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis für ein und dasselbe klinisch wohl bekannte Bild gebraucht. Man kann drei Arten von postoperativer oder puerperaler Thrombose unterscheiden: a) die Beckenvenen sind allein ergriffen; bei geringer Infektion keine deutlichen Symptome; leichtes Fieber, beschleunigter Puls; Gefahr plötzlicher Lungenembolie. b) Thrombose der tiefliegenden Schenkelvenen; Embolie kann durch Weiterwachsen des Thrombus entstehen. c) Thrombose der V. Saphena, welche nie Embolie verursacht. Die Häufigkeit der Femoralthrombose nach Geburten beträgt 0,4% und diejenige der tödlichen Lungenembolie 0,04%. Nach gynaekologischen Operationen ist die Thrombose häufiger, sie beträgt 1,15% im Ganzen 2,28% nach Laparotomien, 3% nach Myomoperationen. Ätiologisch kommt das mechanische Moment und biochemische Faktoren, Bakterien und Bakteriengifte mit ihrer hämolytischen Wirkung in Betracht. Die prämonitorischen Symptome von Michaelis, Mahler, Miller, Rieländer und Kelling treffen nicht immer zu. Prophylaktisch muß man während der Operation die Hochlagerung und die Beugung der Knie vermeiden, alle Venen unterbinden, ehe ein infiziertes Organ eröffnet oder entfernt wird, keine Massenligatur vornehmen usw. Nach der Operation Kontrolle der Herztätigkeit, frühe aktive und passive Bewegungen der Beine, Frühaufstehen. Die Behandlung besteht in Hochlagerung des Beines, Ruhe, heiße oder kalte Umschläge, leichte Einwickelungen, ultraviolette Strahlen usw. Erwähnt wird auch die Trendelenburgsche Eröffnung der A. pulmonalis. *Klein* (Straßburg i. E.).

Pissemsky: Zur Frage der Komplikationen nach gynaekologischen Operationen. Kijewskija Universitetskija Iswestija (Annalen d. Kais. Univers. Kijew) Jg. **53**, Nr. 8, S. 431—450. 1913. (Russisch.)

Verf. beschreibt einen Fall von Thrombose des Sinus und der Venen der weichen Hirnhäute und des Gehirns, die nach einer Myotomie eingetreten waren. Die Diagnose ist nur auf dem Sektionstisch gestellt worden — es war eine autochtone Thrombose. Auf Grund der Literatur kommt Verf. gleich Oppenheim zum Schluß, daß kein typisches Bild und keine bestimmten

Symptome für diese Krankheit existieren: es kann hier Meningitis, Tumor cerebri, Encephalitis, Abscessus cerebri, Polyoencephalitis haemorrhagica und Encephalitis haemorrhagica acuta in Betracht kommen. Prognose schlecht, Behandlung symptomatisch. Manchmal kann eine spontane Heilung eintreten, wahrscheinlich durch Resorption des Thrombus; manchmal bleibt der Thrombus stationär ohne irgendwelche Blutzirkulationsstörungen hervorzurufen. *Joffe.*

Chittenden, Arthur S.: An analysis of shock. (Eine Analyse des Shocks.) New York State journal of med. Bd. **13**, Nr. 9, S. 491—493. 1913.

Ausführliche theoretische Erörterungen führen zu dem Schluß, daß der Shock verursacht ist durch eine Hemmung bzw. Lähmung der Vasoconstrictoren. — Von praktischer Bedeutung sind die Ergebnisse der Untersuchungen besonders amerikanischer Autoren, daß die Narkose die Shockwirkung der operativen Maßnahmen (Hautincision, Nervendurchtrennung, mechanische Zerrung von Peritoneum usw.) nicht behebt; deshalb wird von amerikanischen Operateuren (Crile, Bloodgood) neben der Allgemeinanästhesie mit NO_2 besonderes Gewicht gelegt auf eine gleichzeitig durchgeführte Lokalanästhesie, wodurch der Operationsshock ausgeschaltet wird. *Albrecht* (München).

Grober: Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen. Ein Zyklus klinischer Vorträge. 2. Behandlung der Ohnmacht, des Shocks und des Kollapses. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 48, S. 2329—2332. 1913.

Allgemeine Infektionskrankheiten:

D'Ormond, de Butler: La blennorragie chez la femme. Formes, diagnostic et traitement. (Die Gonorrhöe der Frau. Ihre Formen, Diagnose und Behandlung.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 131, S. 2079—2081. 1913.

Es werden besprochen die klinischen Formen der Gonorrhöe der Frau: die Urethritis, Cystitis, Vulvitis, Vaginitis, Metritis und Rectitis, des weiteren die Diagnose und Therapie. Im akuten Stadium wird die Vaccine- oder abwartende Behandlung, im subakuten das übermangansaure Kali und im chronischen Kauterisation mit starker Höllensteinlösung empfohlen. *Blanck* (Potsdam).

Harrison, L. W.: Gonorrhoea phylacogen: Report on an investigation into its value in the treatment of some gonococcal infections. (Über den Wert des Gonorrhöe-Phylacogens bei einigen gonorrhoischen Infektionen.) Lancet Bd. **2**, Nr. 20, S. 1375—1377. 1913.

Das Phylacogen von A. F. Schafer (Californien) ist ein Vaccinengemisch der verschiedensten Bakterien: jede Infektion ist nach Schafer eine Mischinfektion. Allerdings ist das Präparat weniger ein Vaccin im eigentlichen Sinne als ein Analogon der Toxine, da es ein Filtrat von Kulturen der verschiedensten Bakterien darstellt, in dem das des der Krankheit spezifischen Erregers überwiegt. Verf. hat das Gonorrhöe-Phylacogen in 16 Fällen angewandt, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Es hat in einem Falle gonorrhoischer Arthritis die Schmerzen gelindert und die Heilung beschleunigt, sonst keinen nennenswerten Erfolg gezeigt. *Blanck* (Potsdam).

Sézary, A.: La cuti-réaction à la tuberculine au cours des infectious aignës. (Die cutane Tuberkulinreaktion im Verlauf akuter Infektionskrankheiten.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 115, S. 1789—1791. 1913.

Das Verschwinden der Pirquetschen Reaktion im Verlauf einer Infektionskrankheit hat keine schlechte prognostische Bedeutung. Dagegen soll das dauernde Fortbestehen der Cutanreaktion während der Erkrankung als prognostisch günstiges Moment gelten können. Das Verschwinden der Cutanreaktion kann wahrscheinlich auf zweierlei Weise zustande kommen, entweder auf dem Verschwinden der spezifischen Antikörper, was wohl bei der Masernerkrankung, möglicherweise auch bei der Gravidität zutrifft, oder auf einer Änderung der neurocutanen Reaktionsfähigkeit. Letzterer Mechanismus trifft wahrscheinlich für den Typhus, die Pneumonie usw. zu. Man kennt den Einfluß dieser Erkrankungen auch auf andere cutane Symptome, z. B. bei Ekzemen, Psoriasis, Scabies. *Ibrahim* (München).[M]

Allgemeines über Geschwülste:

Pinkuss, A., und Kloninger: Zur Vaccinationstherapie des Krebses. (*Priv.-Frauenklin. v. A. Pinkuss u. hydro-therapeut. Univ.-Anst., Berlin.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 42, S. 1941—1942. 1913.

Verff. benutzten zur Herstellung der Autovaccine einmal den exstirpierten Tumor selbst, dann getrennt von ihm die mitexstirpierten carcinomatösen Drüsen in der Annahme, daß aus diesen ein extrakiverer Heilstoff als aus dem primären Tumor erzielt werden kann. Es wurde entweder eine einmalige Injektion von 12—20 ccm oder eine mehrmalige von je 5 ccm vorgenommen. Die Erfolge waren verschieden, teilweise aber günstig. Es ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß durch vermehrte, über längere Zeit hindurch fortgesetzte Injektionen eine intensivere Einwirkung erzielt wird, oder durch weitere ähnliche Versuche eine wirksamere Herstellungsmethode gefunden wird; die Anwendung derselben wird besonders in solchen Fällen, wo es sich um die Vermeidung von Rezidiven und Metastasen nach Operationen handelt, ins Auge zu fassen sein. Vielleicht gelingt es so der Vaccinationstherapie auf die eine oder die andere Weise, die Erfolge, welche sich durch die Anwendung der Mesothoriumbestrahlung zur Vermeidung lokaler Rezidive erzielen lassen, durch die kombinierte Anwendung einer geeigneten Vaccine zu vervollkommnen, um vom Operationsgebiet entferntere Rezidive oder Metastasen zu vermeiden. *Runge* (Berlin).

Bainbridge, William Seaman: The use of certain physical agents in the treatment of cancer and allied diseases: 1. electrocoagulation (Doyen); 2. fulguration (De Keating-Hart); 3. thermoradiotherapy (De Keating-Hart). (Der Gebrauch gewisser physikalischer Methoden bei der Behandlung des Krebses und verwandter Krankheiten. 1. Die Elektrokoagulation [Doyen]. 2. Die Fulguration [de Keating-Hart]. 3. Die Thermoradiotherapie [de Keating-Hart].) Internat. clinics Bd. **3**, S. 268—285. 1913.

Besprechung der erwähnten Behandlungsmethoden mit Abbildung der Apparatur und einzelner Behandlungserfolge. Bindende Schlüsse über den Wert der Methoden werden nicht gezogen. Die Doyensche Elektrotherapie ist eine Abart der Thermopenetration und deshalb der Diathermie an die Seite zu setzen. Die Thermoradiotherapie bedient sich der Hitze zur Sensibilisierung des Gewebes für Röntgenstrahlen. *Gräfenberg* (Berlin).

Ishiwara, K.: Über die Meiostagminreaktion beim experimentell erzeugten Sarkom (Ratten). (*Serotherap. Inst., Wien.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Orig. Bd. **71**, H. 1, S. 80—85. 1913.

Zur Reaktion wurde nach Köhler und Luger ein Extrakt von Lecithin verwendet. Die Reaktion tritt bei den Tumortieren ca. 20 Tage nach der Überimpfung auf, bei den meisten jedoch erst am 40. Tage. Sie steht nicht im Zusammenhange mit der Größe oder der Art des Tumors. Bei refraktären oder mit Sarkombrei mehrfach vorbehandelten Tieren fehlt die Reaktion bzw. tritt nur sehr selten auf. *C. Lewin* (Berlin).*

Keysser, Fr.: Beiträge zur experimentellen Carcinomforschung. (*Chirurg. Univ.-Klin., Jena.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 41, S. 1664—1667. 1913.

Verf. hat an künstlich geimpften Mäusetumoren, die den menschlichen Tumoren gleichzusetzen sind, experimentell nachgewiesen, daß dem Selen-Eosin, den Metallverbindungen, dem Borcholin-Selenvanadium, dem kolloidalen Schwefel, dem Thorium X und dem Autolysat und allen anderen bisher angegebenen Heilmitteln irgendeine spezifische Wirkung auf das Carcinomvirus nicht zukommt. Mit 100 mg einem 50 proz. Mesothoriumpräparat ist lediglich eine oberflächliche Beeinflussung des Tumors zu erzielen und auch nur dann, wenn an der Oberfläche eine Ulceration vorliegt. Er fordert zu weiteren Untersuchungen am Tiermaterial auf, um andere Mittel nicht unversucht zu lassen, die es ermöglichen, entweder das Mesothorium auch in größeren Tiefen wirksam zu machen oder durch chemische Präparate wirksam zu unterstützen. Alle diese

Fragen sind nach Verf. Ansicht am Tiermaterial besser und schneller zu beobachten als am Menschen. *Weißwange* (Dresden).

Waledinsky, J. A.: Über die Leukocystose beim Carcinom. (*Inn. Klin., Univ. Tomsk.*) Russkji Wratsch Jg. **12,** Nr. 44, S. 1528—1529. 1913. (Russisch.)

Nach den morphologischen Veränderungen der roten Blutkörperchen, nach dem Verhältnis ihrer Zahl zum Hämoglobingehalt hat die Carcinomanämie an sich nichts Charakteristisches. Charakteristische Veränderungen zeigen die weißen Blutkörperchen wie in qualitativer so auch in quantitativer Beziehung. Verf. untersuchte das Blut von 51 Carcinomkranken in bezug auf das Verhalten der weißen Blutkörperchen und kam zum folgenden Resultat: Die Zahl der Leukocyten ist größer als in der Norm (im Durchschnitt 10000). Diese Steigerung ist hauptsächlich auf die Veränderung der Neutrophilen zurückzuführen (72% anstatt 65%). Die Zahl der Lymphocyten sinkt um 5%. Mononucleäre Formen zeigen prozentualiter keine größeren Schwankungen. Zahl der Eosinophilen ist verringert. Zahl der Basophilen ohne Veränderung. Leukocytose kann herrühren entweder von der Infektion des Krebses oder von den Zerfallsprodukten. Seinem Charakter nach unterscheidet sich die Carcinomleukocytose nicht von der Leukocytose bei Entzündungen. Die Feststellung der Leukocytose kann als diagnostisches Hilfsmittel betrachtet werden, z. B. bei Differentialdiagnose zwischen Carcinoma ventriculi und der einfachen Achylie. *Braude* (Berlin).

Saxl, Paul: Über die Störungen im Eiweißstoffwechsel Krebskranker. (*I. med. Klin., Wien.*) Beibl. z. d. Mitteilg. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien, Jg. **12,** Nr. 9, S. 160—162. 1913.

Beim Krebskranken sind neben der Steigerung der Eiweißzersetzung Störungen im intermediären Eiweißabbau vorhanden, die vor allem in der Vermehrung der Oxyproteinsäuren, des kolloidalen Stickstoffs, des Neutralschwefels, des nicht oxydablen Schwefels im Harne ihren Ausdruck finden. Es ist nun dem Autor aufgefallen, daß Verfütterung von Rhodan (0,25—1,0 g pro die) ähnliche Störungen im Gesamteiweißumsatz und im Eiweißabbau hervorruft. Da er nun weiter im Harne der Krebskranken Rhodanausscheidungen antraf (150—220 mg), die gegenüber dem Normalwerte (etwa 100 mg) nicht unerheblich erhöht waren, hält er es für wahrscheinlich, daß eine gesteigerte Rhodanbildung die Ursache der Anomalien im Eiweißumsatz beim Carcinom darstellt. Über die Ursache der Rhodanvermehrung läßt sich etwas Befriedigendes nicht aussagen. *Frank* (Breslau).[M]

Uffreduzzi, O.: Innesti di tumori e autolizzato fetale e neoplastico. (Einimpfung von Tumoren und fötalem und neoplastischem Autolysate.) (*Clin. chirurg., univ., Torino.*) Tumori Jg. **2,** Nr. 4, S. 393—409. 1913.

Bei Versuchsreihen, in denen Ratten mit Tumoren geimpft wurden und gleichzeitig oder vorher mit Injektionen von Autolysat behandelt wurden, konnte festgestellt werden, daß dem Autolysat wohl eine allgemeine cytolytische Wirkung zukommt, daß es dagegen die Tiere nicht kachektisch macht. In der Hauptsache aber wurde festgestellt, daß das Autolysat weder einen fördernden, noch einen hindernden Einfluß auf das Wachstum der transplantierten Geschwülste ausübt. *Baldes* (Frankfurt).[M]

Engel, C. S.: Läßt sich die Zahl der Krebstodesfälle mit den bisherigen Hilfsmitteln herabdrücken? Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 45, S. 1856. 1913.

Die hauptsächlichsten Bestrebungen zur Bekämpfung des Krebses und der anderen bösartigen Geschwülste beruhen einesteils auf der frühzeitigen Diagnose, meist durch serologische Reaktionen, und anderenteils auf der unblutigen Beseitigung derselben. Fehlen einer einwandfreien derartigen Reaktion, das Abderhaldensche Dialysierverfahren dürfte in Zukunft noch am ehesten Aussicht auf Erfolg haben. Unblutige Behandlung mit Radium und Mesothorium, welche die Primäroperation nicht unnötig machen soll, wirkt hauptsächlich der Metastasenbildung entgegen, frühzeitige operative Behandlung bietet immer noch die meiste Aussicht auf Erfolg. Verminderung der Krebstodesfälle ist nur durch eine Verminderung der verschleppten, für die Radikal-

operation nicht mehr geeigneten Fälle zu erhoffen. Das Hauptaugenmerk ist auf den häufigsten aller Krebse, den Gebärmutterkrebs, zu richten. Schilderung der Ursachen der verspäteten Operation und Vorschläge zur Beseitigung derselben durch Belehrung der Hebammen und Verbesserung der ärztlichen Diagnostik, die im einzelnen im Original nachzulesen sind. *Moraller* (Berlin).

Unterricht und Lehrmittel:

● **Dührssen, A.: Vademecum der Geburtshilfe und Gynaekologie. Für Studierende u. Ärzte. Tl. 1. Geburtshilfliches Vademecum. 10. verb. u. verm. Aufl.** Berlin: Karger. 1913. XII, 308 S. M. 5.60.

Der Unterricht in der medizinischen Röntgenologie auf den deutschen Hochschulen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21**, H. 2, S. 245—249. 1913.

● **Finger, Ernest: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und praktische Ärzte. Tl. 2: Die Geschlechtskrankheiten. 7. verm. u. verb. Aufl.** Wien: Deuticke. 1913. XIX, 398 S., 8 Taf. M. 10.—.

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Glaessner, Karl: Über Mast- und Entfettungskuren. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 41, S. 1663—1668. 1913.

Nach einigen physiologisch-pathologischen Vorbemerkungen über das Wesen der akuten und chronischen Unterernährung und der exogenen und endogenen Fettsucht gibt Verf. in Form eines klinischen Vortrages eine Übersicht über die Behandlung dieser Zustände. Eine eigentliche Eiweißmast im Sinne Bornsteins wird abgelehnt. — Wenn selbstredend auch die quantitative Nahrungszumessung von Fall zu Fall geregelt werden muß, so will Verf. im allgemeinen eine Mastkur so einrichten, daß der Caloriengehalt der Nahrung etwa um $^1/_5$ größer ist, als dem Kranken nach seinem Körpergewicht eigentlich zukommt. Fett und Eiweiß gibt er ungefähr zu gleichen Teilen, Kohlehydrate in doppelter Menge. Für Appetit muß durch Zubereitung der Speisen, durch Abwechslung, Gewürze, Stomachica und Amara gesorgt werden. — Im Gegensatz zur Weir-Mitchellschen Mastkur soll für genügende Muskelarbeit möglichst im Freien gesorgt werden. — Bei der Technik der Entfettung verzichtet Verf. auf jegliches Schema. Er gibt unter Berücksichtigung des Energiebedarfs im Einzelfalle, von dem nur ein Teil befriedigt wird, mittlere Mengen Eiweiß, schwer aufschließbare Kohlehydrate und kleine Mengen Fett. Während die Karellsche Milchkur, nach der Moritzschen Modifikation durchgeführt, besonders in Fällen, die mit Kreislaufstörungen einhergehen, brauchbar ist und nur insofern mit Vorsicht anzuwenden ist, als es bei ihr zu erheblicher Einschmelzung des Körpereiweißes kommt, ist die Rosenfeldsche Kartoffelkur gerade in diesen Fällen, wegen der bei ihr stattfindenden NaCl- und Wasserretention nicht zu empfehlen. Außer den physikalischen und Trinkprozeduren räumt Verf. der medikamentösen Therapie mit Schilddrüsentabletten einen großen Raum ein. Auch Ovarial- und Hypophysispräparate sind brauchbar. *Lange* (Waldesruh-Elberfeld).

Linossier, G.: Die Diät in den Badeorten. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 47, S. 1932 bis 1934. 1913.

Notthafft, v.: Sexuelles und Geschlechtskrankheiten in Casanovas Memoiren. Dermatol. Wochenschr. Bd. **57**, Nr. 46, S. 1339—1351 u. Nr. 47, S. 1366—1383. 1913.

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Foustanos, J.: Therapie der Kolpitis bei unsauberen Mädchen und Gonorrhoischen. Grèce med. No. 17/18, S. 304. 1913. (Griechisch.)

Verf. macht bei Patientinnen mit einfacher Colpitis catarrh. infolge Unsauberkeit

Ausspülungen mit 9prom. Salzwasser; bei akuter gonorrhoischer Kolpitis macht Verf. Spülungen mit 3proz. Borwasser oder mit Kaliumpermanganatlösung 0,25 auf 1000. Außerdem jeden Abend Einführen eines Suppositoriums in die Vagina, bestehend aus: Salol 0,1, Butyr. Cacao 1,0. Bei chronischer gonorrhoischer Kolpitis Spülungen mit 1proz. Protargol. Bei gonorrhoischer Urethritis Instillation von einigen Tropfen Argentum nitr. in die Urethra; die erzielten Resultate sind gut. *Sfakianakis* (Berlin).

Uterus:

Haultain, F. W. N.: Some rare uterine new growths. Simple papilloma of corpus uteri, primary tubercle of cervix, diffuse nodular fibrosis. (Einige seltene uterine Neubildungen; einfaches Papillom des Corpus uteri, primäre Tuberkulose der Cervix, diffuse noduläre Fibrosis.) Transact. of the Edinburgh obstetr. soc. Bd. **38**, S. 197—202. 1913.

I. 59jährige Frau. Seit 12 Jahren, d. h. 2 Jahre nach Eintritt der Menopause, in Intervallen mäßige Blutungen, in letzter Zeit stark. Die Palpation ergab nichts Besonderes, die mikroskopische Untersuchung des Curettements zeigte papillomatösen Bau der Schleimhaut. Wegen bald erneuter Blutung Uterusexstirpation. Makroskopisch zeigte die Schleimhaut das Aussehen der Endometritis fungosa; widerlegt wird diese Diagnose außer durch die Anamnese durch den mikroskopischen Befund: die gleichmäßigen, papillomatösen Wucherungen sind von einschichtigem Cylinderepithel bedeckt, das Stroma bildet derbes Bindegewebe ohne kleinzellige Infiltration; nirgends Übergang zu Carcinom. — II. Bei 36jähriger Virgo, die seit einigen Monaten an Leukorrhöe litt, ergab Palpation und Inspektion der Cervix ein Gebilde wie eine große Brombeere von blauroter Farbe bei sonst normalem beweglichem Uterus. Die Probeexcision ergab Tuberkulose. Supravaginale Amputation des Uterus. Die mikroskopische Untersuchung zeigte tuberkulöses Gewebe ohne größere Nekrosen, woraus Verf. auf frühes Stadium schließt; ferner fanden sich Tuberkelbacillen. Andere Herde wurden im Körper nicht gefunden; die Patientin war Virgo intacta, die Infektion ist also nicht aufgeklärt. Patientin ist, jetzt nach 10 Jahren, bei bester Gesundheit, doch würde Verf. in Zukunft totale Hysterektomie vorziehen. Beim Eingehen auf die Literatur hebt er den sonst nicht erbrachten Nachweis von Tuberkelbacillen hervor. — III. Zwei Fälle von diffuser nodulärer Fibrosis bei einer 38jährigen Multipara mit in den letzten zwölf Jahren zunehmend stärkerer Menstruation und bei einem 21jährigen Mädchen mit starken dysmenorrhoischen Beschwerden ohne größere Blutverluste. Es findet sich außen einer Schicht normaler Uterusmuskulatur, weiter nach innen zahllose stecknadelkopf- bis haselnußgroße fibroide Knoten, jeder von einer dünnen Muskelschichtkapsel umgeben. In der Mucosa dieselben Knoten, teils polypös vorspringend, teils exulceriert. Die jüngere Patientin zeigt mehr ein Frühstadium mit dickerer intakter Muskelschicht außen. Der Beginn der Erkrankung, vielleicht infektiösen Ursprungs, scheint dem Verf. von der Mucosa auszugehen. 4 Abbildungen. *Schmidt* (Greifswald).

Shlenker, Milton A.: Report of a case of cervical myoma. (Ein Fall von Cervixmyom.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66**, Nr. 4, S. 300—301. 1913.

Verf. weist auf die Schwierigkeit der exakten Diagnose der primären Cervixmyome hin und macht auf die konzeptionsverhindernde Bedeutung, sowie auf ihre Wichtigkeit als Geburtshindernis aufmerksam.

Er beschreibt einen Fall eines mächtigen, teilweise cystischen, von der hinteren Muttermundslippe ausgehenden Myoms bei einer 39jährigen Multipara, die bis vor einem Jahr regelmäßig menstruierte. Der Fall bietet nichts Besonderes; er wurde durch abdominale Totalexstirpation geheilt. *Burk* (Stuttgart).

Burckhard, Georg: Über den Wert der Probeausschabung zur Diagnose des Carcinoma corporis uteri. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1, S. 34 bis 37. 1913.

Verf. hat in 4 Fällen die Beobachtung gemacht, daß die diagnostische Probeausschabung bei initialen Korpuscarcinomen nur einen beschränkten Wert hat. Die trotz des negativen Ausfalls der histologischen Untersuchung allein auf Grund der klinischen Erscheinungen in allen Fällen vorgenommene vaginale Totalexstirpation ergab, daß es sich jedesmal um eine beginnende carcinomatöse Gewebswucherung im Fundus handelte. Man soll sich daher ja nicht in Zweifelsfällen durch einen trügerischen mikroskopischen Untersuchungsbefund von einer nach den allgemeinen klinischen Symptomen indizierten Uterusexstirpation abhalten lassen. *Süßenguth* (Altona).

Caraven, J., et Pierre Merle: L'adénome diffus des cornes utérines. (Das diffuse Adenom der Uterushörner.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21**, Nr. 4, S. 307—326. 1913.

Der Fall kam unter dem klinischen Bilde beiderseitiger Hämatosalpinx wegen andauernder, heftiger Schmerzen zur Operation: Totalexstirpation des Uterus nebst Adnexen. Das Präparat bestätigte die Diagnose, zeigte aber außerdem nußgroße Anschwellungen von wabenartigem Bau an beiden Uterushörnern. Dieselben waren von flüssigem Blut erfüllt und gegen das Muskelgewebe des Uterus nicht abgrenzbar. Die Hohlräume der Anschwellungen zeigten sich mikroskopisch von hohem Zylinderepithel ausgekleidet, das zum Teil Cilien trug, in den größeren Hohlräumen abgeplattet war, im ganzen dem Tubenepithel ähnlich. Keine Anzeichen von Entzündung, keine submuköse Bindegewebsschicht. In der Wand der linken Tube fanden sich Chorionelemente: Tubargravidität, rechte Tube: Hydro-hämatosalpinx.

Die Anschwellungen der Uterushörner werden als einfaches diffuses Adenom, nicht Adenomyom gedeutet, ihre Entstehung, wie in den meisten beschriebenen Fällen, in Übereinstimmung mit v. Recklinghausen und Robert Meyer, aus Resten des Wolffschen Organs angenommen. Klinisch sind diese Tumoren nicht als harmlos anzusehen, wegen ihrer Neigung zu sekundären Veränderungen und maligner Entartung. 1 makroskopische, 4 mikroskopische Abbildungen im Text. *Semon.*

Winston, John W.: Anatomy of the uterine-pelvic support. (Anatomie der Befestigungsmittel des Uterus). Med. record Bd. **84**, Nr. 19, S. 847 bis 849. 1913.

Auf Grund anatomischer Betrachtungen kommt Winston zu dem Schluß, als rationellste Behandlung der Rückwärtslagerung und des gleichzeitigen Vorfalls der Gebärmutter eine Abänderung der Baldyschen Operation zu empfehlen. Anstatt nämlich die runden Mutterbänder direkt durch die Ligam. lata zu ziehen und sie an den oberen Partien der hinteren Gebärmutterwand zu befestigen, schlägt er vor, sie durch einen tief gelegenen Punkt der breiten Bänder hindurchzuleiten und sie an der Uteruswand so tief anzuheften, daß die Ligam. rotund. straff gespannt sind. Dadurch ziehen sie den gesenkten verlagerten Uterus nach außen, vorwärts und aufwärts. *Landau.*

Ogden, B. H.: The surgical treatment of retro-displacement of the uterus. (Die chirurgische Behandlung der Rückwärtslagerung des Uterus.) St. Paul med. journal Bd. **15**, Nr. 1, S. 20—26. 1913.

Klinischer Vortrag.

Schmitz, Henry: A modification of Webster's endoperitoneal shortening of the round ligaments. (Eine Modifikation der intraperitonealen Verkürzung der runden Mutterbänder nach Webster.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 5, S. 628—629. 1913.

Die ligg. rot. werden am Uterus durchschnitten, das distale Ende wird angeschlungen, durch einen Spalt im Lig. latum caudal vom Lig. ovar. propr. subperitoneal an die hintere Fläche des Uterus gezogen, dort mit dem Lig. der anderen Seite vernäht, der uterine Stumpf wird an den verlagerten Teil des Lig. rot., der am Uterus vorbeizieht, aufgenäht, so daß das Ligament Y-Form hat. *Mathes* (Graz).

Caballero, José M.: Traitement des rétrodéviations de l'utérus par la néo-insertion des ligaments ronds. (Behandlung der Rückwärtsverlagerungen des Uterus durch Neuinsertion der Ligamenta rotunda.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21**, Nr. 5, S. 401—408. 1913.

Kleiner Laparotomie-Längsschnitt. Eventuelle Lösung von Adhäsionen und Behandlung der Adnexe. Eine Kocherklemme wird zwischen Fascie und Rectus bis zum äußeren Rectusrand vorgeschoben, dann senkrecht gestellt und durch das Peritoneum gestoßen; sie erfaßt das mit anderer Klemme entgegengebrachte Ligamentum rotundum ca. 7 cm vom Uterusansatz entfernt, zieht es dort den Peritonealschlitz und den Muskelfascienkanal bis zur Bauchwunde; man fixiert es mit Catgut-U-Naht an der Fascie, ca. $1^1/_2$ cm vom Wundrand entfernt. Analog die andere Seite. Naht der Bauchdecken.

Keine Schwangerschafts- und Geburtsstörung; keine Behinderung der Beweglichkeit und Akkommodation des Uterus; für mobile und fixierte Retrodeviation geeignet. Caballero hat in 10 Jahren 350 Fälle ohne Exitus und — soweit nachuntersucht — ohne Rezidiv nach dieser Methode operiert. *Bauer* (Berlin).

Earl: Prolasso dell'utero. (Uterusvorfall.) (*Cliniche, St. Paul.*) Boll. delle clin. Jg. **30**, Nr. 10, S. 476—480. 1913.

Ursachen sind Dehnung und Zerreißung des Beckenbodens, Tumoren, Lageveränderungen. Gestützt wird der Uterus durch den Beckenboden und die gesunden Gewebe der Bänder; besondere Bedeutung kommt dem Levator ani zu, der den Introitus vag. schließt, und von der Achse der Vagina nach vorn gegen die Symphyse zu verlegt. Der Uterus ist normalerweise beweglich, seine Ligamente unterliegen leicht der Dehnung; sind Peritoneum und Muskeln gesund, kommt es nicht zum Prolaps. Bei der Radikaloperation (Methode Watkins-Wertheim) ist außer der Befestigung des Uterus oder des Collumstumpfes wichtig: die Amputation des elongierten Collum und die Korrektur des Beckenbodens. Eine Gravidität nach der Operation führt leicht zum Rezidiv. *Berberich* (Karlsruhe).

Steffeck, P.: Beitrag zur Operation der Incontinentia urinae und der größeren Genitalprolapse. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1, S. 221-230. 1913.

Da die Incontinentia urinae sich weder durch eine Colporraphia anterior, noch durch eine Verengerung oder Drehung der Harnröhre dauernd gut beseitigen läßt, schlägt Steffeck für die Fälle, welche durch Massage und Ringbehandlung sich nicht beeinflussen lassen, ein neues operatives Verfahren vor.

Er legt einen nach vorn konkaven Bogenschnitt in die vordere Scheidenwand, löst die Blase von Uterus und Scheide vollständig ab, spaltet die vordere Scheidenwand bis dicht unter die Urethralmündung, eröffnet das Peritoneum, luxiert den Uterus, unterbindet beide Tuben mit einem Seidenfaden, stülpt den Uterus zur Hälfte wieder in die Bauchhöhle zurück, rafft die Blase mit Tabaksbeutelnaht, fixiert das Blasenperitoneum an der Hinterfläche des Fundus uteri, direkt auf seiner Kuppe, fixiert dies im oberen Scheidenwundwinkel mit zwei Seidenknopfnähten und versorgt die ersten Scheidenwunden. Die Blase wird also nicht hinter den Uterus gelagert, wie beim Schauta - Wertheim, sondern oberhalb desselben.

In der gleichen Weise operiert er die großen Prolapse, wenn die Frauen keine Geburten mehr zu erwarten haben. Sonst empfiehlt er die Pessarbehandlung. Dabei läßt sich von der überschüssigen Scheide soviel resezieren, als nötig ist. Die hinteren Rezidive vermeidet er dadurch, daß er nach der Luxierung des Uterus die hintere Scheidenwand mit einem langen gebogenen Spatel hoch hinter dem Uterus hinaufführen läßt und die Spitze der hinteren Scheidenwand am Uterus in der Höhe des Os internum und seitlich an den Ligamentis sacrouterinis mit Seide fixiert. Die hintere Colporraphie fällt dadurch weg; es wird nur eine Dammplastik nach Lawson - Tait angeschlossen. Endlich erwähnt er noch einen Fall von Totalprolaps der Vagina nach Exstirpation des Uterus, den er durch Ventrofixation der Scheide erfolgreich behandelt hat. Ferner weist er noch darauf hin, daß man in den Fällen, wo ein Pessar bei Prolapsen nicht hält, mit Erfolg zwei Schalenpessare einlegen soll, die dann halten. *Frankenstein* (Köln).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Fructus: Les salpingites chez les vierges. (Die Salpingitis bei Jungfrauen.) Arch. gén. de chirurg. Jg. **7**, Nr. 8, S. 944—965. 1913.

Das Leiden bei Jungfrauen hat seine Entstehung in einer gewöhnlichen Mikrobe, die von außen her, das heißt von unten nach oben in die Genitalwege einwandert, ein Vorgang, der durch die Menstruation noch besonders begünstigt wird, so daß angenommen werden kann, daß diese Art von Salpingitis wohl nur bei geschlechtsreifen Individuen denkbar ist, bei denen durch die periodischen Blutungen ein Zustand geschaffen wird, der das progressive Vordringen der Bakterien befördert und deren Virulenz erhöht. Man hat es hier mit einem Saprophythen zu tun, der normalerweise in der Vagina lebt und durch irgendeine Reizung sich zu einem pathogenen Agens entwickelt. Als eine der Ursachen dieser pathogenen Entwicklung kann mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit die Umwandlung des Genitalkanals in eine geschlossene Höhle, wie dies z. B. bei einer Verkrümmung oder einer vorübergehenden Kongestion des Uterus der Fall ist, betrachtet werden. Bildet sich diese Höhle im Eileiter, gleichviel ob die Mikroben

vor oder nach ihrem Eindringen dort pathogen geworden sind, so entsteht der Pyosalpinx und mit ihm zeigen sich die sehr charakteristischen Symptome, zu denen in erster Linie das plötzliche Auftreten der Schmerzanfälle, sowie die Bilateralität der Affektion gehört. — Die Diagnose ist keineswegs leicht, infolge von weiter hinzutretenden Infektionen sogar meist recht schwierig. In dem einen der von Bégouin beobachteten Fälle war zugleich Appendicitis vorhanden. Immerhin darf man sagen, daß sich ein Pyosalpinx mit größerer Sicherheit feststellen ließe, wenn diese Hypothese, die bisher abgelehnt wurde, weil diese Form von Salpingitis noch unbekannt war, öfters ins Auge gefaßt würde. Die Behandlung bietet nichts Besonderes dar, das Ratsamste wird stets das Abtragen der Uterusadnexe sein; in einem allerdings nicht bilateralen Fall (Pozzi) soll übrigens die einfache Kolpotomie zur Heilung geführt haben. Ist eine Metritis vorangegangen, erscheint eine wenigstens subtotale Hyperektomie angezeigt. *Burk* (Stuttgart).

Weishaupt, Elisabeth: Zusammenhang von Ätiologie und Histologie der Salpingitis. (*Pathol. Inst., Univ.-Frauenklin., Berlin.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. 101, H. 1, S. 65–83. 1913.

Es wurden 180 Fälle von Salpingitis verschiedenster Ätiologie untersucht. Die Ergebnisse bestätigten die histologischen Befunde von Schridde für die akute Gonorrhöe mit Bakteriennachweis, ebenso für die chronische und rezidivierende Tubengonorrhöe ohne Bakteriennachweis und ihren differentialdiagnostischen Wert gegenüber anderen, rasch verlaufenden Infektionen. Die wenigen Fälle von Tuberkulose machten auch an Stellen fortgeleiteter Entzündung ohne Knötchenbildung keine diagnostischen Schwierigkeiten. Wenn Streptokokken, Staphylokokken, Bact. coli und Mischinfektionen längere Zeit bestehen, so verursachen sie derartig ähnliche Gewebsveränderungen wie der Gonokokkus, daß dieselben in diesen Fällen nicht zur Differentialdiagnose genügen, ebenso haben die entzündlichen Schädigungen bei Metritis, bei Myomen und bei Carcinoma uteri histologische Umwandlungen der Tube zur Folge, die vielfach von einer rezidivierenden Gonorrhöe oder von einem postgonorrhoischen Zustande nicht zu unterscheiden sind.

Als ganz besonders beweisend sei noch auf den Fall hingewiesen, wo bei einer sicheren Virgo intacta Plasmazellen, Epithel- und Faltenverlust nach Schridde für Gonorrhöe sprachen, während aber Gonorrhöe klinisch mit Sicherheit auszuschließen war. *Goldschmidt* (Hannover).

Keep, Corrie: Two cases of solid pedunculated papilloma of ovary. (Zwei Fälle von soliden gestielten Ovarialpapillomen.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. 6, Nr. 9, obstetr. a. gynaecol. sect., S. 284—290. 1913.

Die traubenförmigen Tumoren von etwa 7,5 zu 2,5 und 4 zu 2 cm Größe hingen kurzgestielt mit dem Ovarium zusammen und bestanden aus zahlreichen mannigfach gestalteten Gebilden von derber Konsistenz und sehr verschiedener Größe, wovon einzelne dünnwandige Cystchen darstellen. Das Stroma besteht aus lockerem fibrösen Gewebe von einer einzelligen Epithelschicht, ähnlich dem Epithelüberzug des Ovarium, überzogen. In dem größeren Tumor sind einige glatte Muskelfasern, in dem kleineren zahlreiche kleine von einschichtigem Epithel ausgekleidete cystische Räume vorhanden. Der größere Tumor hatte bei der 37jährigen Patientin nie irgendwelche Symptome veranlaßt; die andere 27jährige Patientin klagte über unregelmäßige spärliche Menstruation und akute Dysmenorrhöe; beide litten nebenbei an chronischer Appendicitis. *Hall* (Graz).

Bauchorgane:

Choledkowski, A. M.: 1000 Laparotomien (abdominal und vaginal). Nachr. d. K. Milit.-Med.-Akad. Bd. 27, H. 5, S. 769—774. 1913. (Russisch.)

Die Arbeit besteht aus 19 Abteilungen. 1. 128 Fälle von Myom. Verf. stellt dabei fest, daß bei Fibromyom die Adnexe meistens miterkrankt sind. Vom anatomischen Standpunkt gutartig, sind sie es vom klinischen Standpunkt nicht. Verf. verteidigt den supravaginalen Kaiserschnitt bei Myom. Bei Myom und Schwangerschaft wird bei multiplen Myomen die Operation, bei einzelnen das Abwarten befürwortet. 2. 192 Fälle von Gebärmutterkrebs, wovon 11 per Abdomen und 181 per Vaginam operiert worden sind. 3. 126 Fälle von Cystom. Bei Bauchdeckenumfang zwischen 100—110 empfiehlt der Verf. das Eröffnen des Abdomens oberhalb des Nabels wegen der Möglichkeit der Verwachsungen zwischen dem Nabel und Symphyse. 4. 22 Fälle von bösartigen Neubildungen des Eierstocks. In dieser Abteilung ist beachtenswert

1 Fall von Schwangerschaft mit malignem Tumor am Eierstock, wo ein supravaginaler Kaiserschnitt ausgeführt worden ist. Außerdem das Auftreten eines Rezidivs in der Operationsnarbe 2 Jahre nach der Operation. 5. 164 Fälle entzündlicher Adnexerkrankungen. Ätiologisch kommt hauptsächlich Gonorrhöe in Betracht. Hinsichtlich der Beziehungen zwischen Salpingitis und Appendicitis weist der Verf. darauf hin, daß die Appendicitis als sekundäre Erscheinung bei der Erkrankung der Adnexe nur dann auftritt, wenn der Wurmfortsatz eine angeborene abnorme Länge hat. Der enge Zusammenhang des lymphatischen Systems des Wurmfortsatzes und der Gebärmutteradnexe hinsichtlich der gemeinsamen Erkrankung wird verneint. 6. 68 Fälle von extrauteriner Gravidität. Davon 62 Fälle einseitig und ein Fall beiderseits in der Tube, 2 mal in den Eierstöcken, 1 mal interstitiell, 1 mal in einem rudimentären Nebenhorn und 1 mal in der Tube, die in dem rudimentären Nebenhorn verlief. Fast in 78% der Fälle waren als typische Beschwerden die krampfartigen Schmerzen im Bauch nachweisbar, in 66,1% Blutung aus der Scheide, in 53% verhaltene Menses. Verf. schließt sich Dourand an: „vor 5 Monaten operieren, nach 5 Monaten abwarten". 7. 90 Fälle Retroversioflexio uteri. Die Behandlung besteht in Massage oder operativem Eingriff, der abdominal oder vaginal ausgeführt werden kann. In 85% bestehen Schmerzen und schmerzhafter Coitus. 8. 118 Fälle von Gebärmuttervorfall. Verf. ist der Ansicht, daß die Retroversioflexio bei Gebärenden später zum Vorfall führt. 93 Fälle von angeborener Entwicklungshemmung der Gebärmutter. Die allmonatlichen Schmerzen führten zur Entfernung der Adnexe. 10. 2 Fälle von traumatischer Beschädigung der Bauchhöhle durch die Scheide, 11. 6 Fälle von Kaiserschnitt. Verf. plädiert stark für diese Operation. 12. 4 Fälle von Echinokokkus der Bauchhöhle. In 1 Fall davon eine schwere Kombination von multiplem Echinokokkus mit Schwangerschaft und Appendicitis. 13. 11 Fälle von tuberkulöser Peritonitis. Verf. verteidigt den operativen Eingriff. 14. 22 Fälle von postoperativer Hernie. Es wird 1 Fall von Darmplastik mit gutem Resultat beschrieben. 15. 7 andere Hernien, 2 der Linea alba, 4 Nabelhernien und ein Leistenbruch mit Vorfall und Einklemmung des linken Eierstocks. 16. 7 Fälle von Pyometra. Abhängigkeit von entzündlichen Verklebungsprozessen im Cervicalkanal. 17. 6 maligne Neubildungen der Gebärmutter und der Därme. 1 Fall von primärem Carcinom. 18. Entfernung der Gebärmutter bei Metritis in 8 Fällen. Es wird die Ansicht vertreten, daß diese Operation nach dem 45. Lebensjahre öfters ausgeführt werden soll. 19. 1 Fall von Talmaoperation bei Ascites. Verf. berichtet über die Technik des Bauchschnitts, die Hämostase und Autoplastik. Gute Hämostase ist die Bedingung eines guten postoperativen Verlaufs. Besondere Wichtigkeit wird auf gute Peritonisation gelegt. Er ist für die feuchte Methode der abdominalen Operation und betrachtet das Durchspülen mit Locks Flüssigkeit und einen vollständigen Verschluß der Narbe für die beste Vorbedingung für glatten Verlauf und Verminderung der Ileusfälle. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Benjamin, A. E.: Gastroptosis and coloptosis. Their surgical importance. (Gastroptose und Koloptose: ihre chirurgische Bedeutung.) Saint Paul med. journal Bd. 15, Nr. 11, S. 538—552. 1913.

Benjamin betont die Wichtigkeit dieser Erkrankung, die oft falsch gedeutet und dadurch falsch behandelt sei. — Kurze Besprechung einzelner Typen, besondere Betonung der gern vernachlässigten Koloptose, pathogenetische Erwägungen, Symptome. Für die Therapie, die B. ziemlich eingehend erörtert, mag an Raffung des kleinen Netzes, des Lig. suspensorium hepatis, und ähnliche magenhebende Operationen gedacht werden, die meistens ihr Ziel gerade so gut erreichen, wie eine Gastroenterostomie. Die Entfernung des Kolons hält B. für zu radikal. — Zum Schluß Resultate, und endlich 16 Schlußfolgerungen, darunter namentlich die Mahnung, sich mit dem Krankheitsbilde — Koprostase, multiple Infektionen mit Mikroorganismen, systematische Intoxikation usw. — vertraut zu machen, um durch richtige Diagnose richtige, meist chirurgische Behandlung zu sichern. *Heße* (Greifswald).

Beeson, H. O.: Constipation. A disorder of metabolism. (Obstipation eine Störung des Metabolismus.) Therapeut. rec. Bd. 8, Nr. 96, S. 327—331. 1913.

Autor sieht in der Obstipation weniger die Unfähigkeit der Därme, die Stuhlmassen zu entleeren, als die ungenügende Produktion derselben durch die Darmwände, als deren Drüsenprodukte sich die Faeces mit Ausnahme der unverdaulichen Bestandteile präsentieren. Im chemischen Körperhaushalt schädigt die Überladung mit Nahrung die allzu reich anorganischen Mineralien. Auf dem Gebiete der Osmose zeigt sich die schädliche Wirkung der zu salzreichen Nahrung in dem Entstehen von seröser Sekretierung in den Därmen, die dem Blute Wasser entzieht und so die Bildung von Verdauungssekreten beeinträchtigt, das Wachstum von Saprophyten befördert. Therapie:

Vermeidung von Speisen mit einem Mineralsalzgehalt über 1% und Zusatz von Speisesalz nur bis zu dem Prozentgehalt des Blutes an Chlornatrium (4%). Auch zu rasches Essen und die nach unserer Kochkunst stets gebrauchte Vereinigung der verschiedensten Speisen zu einem Gange schädigt. (Die Fettverdauung leidet unter dem gleichzeitigen Genusse von Säuren). Ausführliche Anführung der schädlichen Nahrungsmittel. Autor hat einen schweren Fall von Obstipation mit Reisdiät völlig geheilt. *Mohr* (Berlin).

Wilkerson, F. W.: The non-medical treatment of chronic constipation. (Die nichtmedikamentöse Behandlung der Obstipation.) South. med. journal Bd. **6**, Nr. 10, S. 639—643. 1913.

Nichts Neues.

Kawasoye: Über die anatomischen Veränderungen an den Bauch- und Brustorganen, insbesondere am Peritoneum von Tieren nach intraperitonealer Campherölinjektion. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **101**, H. 1, S. 100 bis 180. 1913.

Durch intraperitoneale Campherölinjektion wird beim Kaninchen fast regelmäßig die von Hoehne beschriebene, reaktive Peritonitis ausgelöst (Versuche an 43 Kaninchen). In Übereinstimmung mit Hoehne faßt Verf. diese reaktive Peritonitis als Fremdkörperperitonitis auf. Bei der Entwicklung der reaktiven Veränderungen am Peritoneum nach intraperitonealer Campherölinjektion kann man 3 aufeinanderfolgende Stadien unterscheiden: 1. Das Stadium der Endothelproliferation und der Leukocyteninfiltration. 2. das Stadium der Fibrinbildung und 3. das Stadium der Organisation und der langsamen Ölresorption. 1 proz. Campheröl in einer Menge von $^1/_2$ ccm auf je 100 g Körpergewicht wirkt bei Kaninchen nicht giftig. Fettembolie der Lunge ist bei dieser Ölmenge, die rein gewichtsmäßig auf einen Menschen von 60 kg Körpergewicht berechnet 300 ccm betragen würde, nicht absolut ausgeschlossen. Darmadhäsion hat Verf. bei einer Beobachtungszeit von vielen Wochen nach der intraperitonealen Campherölinjektion nie beobachtet. Die Reaktionsfähigkeit des Peritoneums gegenüber dem Campheröl ist bei verschiedenen Tiergattungen sehr verschieden. Selbst bei ein und derselben Tiergattung reagiert das Peritoneum der einzelnen Tiere keineswegs immer gleichmäßig. In den verschiedenen Bezirken der Peritonealserosa zeigt die Reaktion eine verschiedene Stärke. Das Peritoneum des Kaninchens reagiert fast ausnahmslos sehr stark und regelmäßig, während bei Meerschweinchen und bei weißen Mäusen die Reaktion nur geringfügig und unregelmäßig sowie auch an den verschiedenen Peritonealabschnitten recht ungleichmäßig auftritt. *Runge* (Berlin).

Müller, Otto: Warnung vor reiner Catgutnaht der Bauchfascie. Therapeut. Monatsh. Jg. **27**, H. 10, S. 728—730. 1913.

Verf. hat es erlebt, daß eine mit Catgut genähte Laparotomiewunde (inkl. der mit Klammern geschlossenen Hautwunde) 9 Tage nach der Operation ohne erkennbare Ursache platzte. Nur die rasche Resorption des Catgut kann schuld daran sein; vermutlich wurde sie in diesem Falle durch die gleichzeitig bestehende fieberhafte Erkrankung (Typhus) beschleunigt. *Genewein* (München).CH

Buford, Coleman G.: The dressing and care of herniotomy wounds of infants and small children. (Verband und Behandlung von Herniotomie-Wunden bei Kindern und jungen Kindern.) (*Children's mem. hosp., Chicago.*) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 5, S. 632—635. 1913.

Hernien bei Kindern sollen nur operiert werden, wenn 1. Irreponibilität oder Einklemmung besteht, 2. sie durch ein geeignetes Bruchband nicht entsprechend zurückgehalten werden können, 3. die zwei Jahre durchgeführte sachgemäße Bruchbandbehandlung zu keinem Ziele geführt hat, 4. die Eltern die Kinder nicht zum ordentlichen und ständigen Gebrauch des Bruchbandes erziehen können, 5. die Eltern auf die Operation bestehen. Nach der Operation ist durch Lagerung und eigenartigen Verband dafür zu sorgen, daß die Exkrete der Kinder nicht die Wunden verunreinigen. *Hannes.*

Mosley, C. L.: Femoral hernia in female, with complications. (Schenkelhernie beim Weibe mit Komplikationen.) Med. council Bd. **18**, Nr. 11, S. 414—415. 1913.

67 jährige Patientin, bei der nach stundenlangen vergeblichen Repositionsversuchen Ileus-

symptome auftraten. Laparotomie am McBurneyschen Punkt. Es fand sich, daß das Coecum eingeklemmt war; ein hühnereigroßer Tumor an seiner Spitze enthielt beim Aufschneiden die entzündete Appendix. Sie wurde entfernt, das Coecum erholte sich. Glatte Heilung. *Schmidt* (Greifswald).

Vanverts, I.: Second cas d'hydrocèle inguino-superficielle du canal de Nück. (Zweiter Fall von inguino-superfizieller Hydrocele des Nückschen Kanals.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 8, S. 482—484. 1913.

13jährige Patientin. Der fortbestehende peritoneo-vaginale Kanal biegt nach Durchdringen des äußeren Leistenringes nach der Mitte des Schambeins, wo er als verdickter Blindsack endigt. Autor beansprucht auch für die superfiziellen und properitonealen Leistenhernien die Erklärung der Präformation wie für die interstitiellen. Der Sack enthielt Flüssigkeit. — 37jährige Patientin. In der linken Leistenbeuge eine längliche, vom Leistenring abwärts nach innen ziehende flukturiende Geschwlust. Bei der Operation zeigte es sich, daß dieselbe mit einem soliden Stiel in den inneren Leistenring eintritt. *Mohr* (Berlin).

Long, John Wesley: Pseudoperitoneal cauls of the colon. (Pseudoperitoneale Membran am Kolon.) Internat. journal of surg. Bd. 26, Nr. 9, S. 311-324. 1913.

Die perikolitischen Membranbildungen sind wohl zu unterscheiden von den gewöhnlichen postperitonitischen Adhäsionen im Abdomen. Long weist unter Berücksichtigung einschlägiger Literatur darauf hin, daß die erstgenannten Bildungen, zu denen die sog. „Lanesche Knickung, Jacksons Membran" usw. gehören, auf fehlerhafte embryonale Entwicklung zurückzuführen sind. Normalerweise folgt dem fötalen Herunterrücken und einer gleichzeitigen Rotation des Coecums eine Verschmelzung seines Peritoneums mit dem der hinteren Bauchwand; bleibt diese aus, wie es nahezu bei jedem 4. Menschen der Fall zu sein scheint, so entwickelt sich daraus das Coecum mobile, das nun für alle Folgezustände verantwortlich zu machen ist. Die Splanchnoptose im Verein mit der aufrechten Stellung, fehlerhafter Kleidung usw. führt zu Stase, diese zu Intoxikation, Bakterienansiedelung, Appendicitis oder Perikolitis mit ihrer eigentümlichen Membranbildung. Bezüglich der Behandlung ist es nicht ohne weiteres angezeigt, diese Membranen wegzunehmen, denn einmal ersetzen sie unter Umständen die fehlende Fixation des Coecums, und andererseits schwinden nach ihrer Entfernung die Beschwerden, namentlich neurasthenischer Natur, keineswegs. Hierin schließt sich L. anderen Autoren an, die auf dem Standpunkt stehen: Die beste Behandlung ist, diese Membran in Ruhe zu lassen. *Draudt* (Darmstadt).CH

McDill, John R.: Chronic ascites. Treatment and drainage by lymphangioplasty trough a trocar wound under local anaesthesia. An experimental study. (Der chronische Ascites. Seine Behandlung und Drainage durch ein künstliches Lymphgefäßsystem, angelegt mit Hilfe eines unter Lokalanästhesie eingeführten Trokars.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 17, Nr. 5, S. 523—532. 1913.

Gemeint sind hauptsächlich die nicht durch bösartige Tumoren hervorgerufenen Ascitesarten. Kurzes Eingehen auf die operativen Behandlungsmethoden des Ascites. Durch wiederholtes Punktieren des Ascites verlieren die Patienten zu viel Eiweißstoffe und Salze, sie haben eine verminderte Widerstandskraft und halten eine allgemeine Narkose schlecht aus.

Verf. leitet mit Hilfe von Seidenfäden den Ascites unter die Bauchhaut. Es werden drei dicke Seidenfäden verknotet und unter Lokalanästhesie durch ein Trokar in die Tiefe der Bauchhöhle versenkt. Die nach verschiedenen Richtungen unter die Bauchhaut herausgeleiteten freien Enden führen den Ascites langsam und schonend ab, ohne daß für den Körper etwas davon verloren geht. Gefahr einer Hernie durch den kleinen Einstich = 0. Der Eingriff erfordert nur einen Tag Bettruhe, die Dauer des Erfolgs hängt von der internen Therapie ab.

Auf alkoholischer und luischer Basis beruhende Fälle von Lebercirrhose mit Ascites heilen in der Regel durch Diät und spezifische Behandlung aus. Durch Tierexperimente und mikroskopische Untersuchungen weist Verf. nach, daß die Fäden nicht etwa nach Art eines Gaze-Drains wirken, sondern daß durch das herumwachsende Bindegewebe ein richtiger Lymphkanal rings um den Faden geschaffen wird und durch die beständige leichte Bewegung des Fadens erhalten bleibt. Näheres Eingehen auf die Technik, Beschreibung des Instrumentariums. Mehrere Abbildungen. *Schmidt* (Tübingen).

Gundermann, Wilhelm: Zur Pathologie des großen Netzes. (*Chirurg. Klin., Gießen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 41, S. 2278—2279. 1913.

Das Auftreten von Magen-Darmblutungen nach Netzresektionen hatte v. Eiselsberg mit retrograder Embolie in die Magengefäße, ausgehend von Thromben an den Ligaturstellen der Netzvenen, zu erklären versucht. Friedrich schloß sich auf Grund seiner diesbezüglichen Versuche an Kaninchen und Meerschweinchen der Ansicht Eiselsbergs an. Dieser mechanischen Theorie glaubt Verf. eine toxische gegenüberstellen zu müssen, die er dahin formuliert, daß durch die chirurgischen Manipulationen am Netze zunächst eine Leberschädigung gesetzt wird, die ihrerseits durch Abgabe toxisch wirkender Substanzen eine Veränderung der Magen-Darmgefäße mit nachfolgenden Blutungen herbeiführt. Zu diesem Ergebnis haben ihn folgende Beobachtungen und eigene Tierexperimente gebracht. Bei den Tierversuchen Friedrichs fielen ihm das gleichzeitige Vorkommen von Lebernekrosen und Magengeschwüren auf. Ferner hatte Friedrich bei drei Patienten nach ausgedehnten Netzresektionen einen rasch vorübergehenden Ikterus beobachtet. Zweifelsohne war es nach den Unterbindungen an den Netzgefäßen zur Verschleppung von Thrombenbröckeln in die Pfortader, ferner zur Verstopfung kleinerer Pfortaderäste gekommen, die eine Lebernekrose bzw. Leberatrophie im Gefolge hatten. Auf der anderen Seite hatte Verf. trotz hinreichender Gefäßligatur an der großen Kurvatur des Magens beim Meerschweinchen weder Magengeschwüre noch Leberveränderungen sich entwickeln gesehen. Dagegen traten nach partieller Pfortaderausschaltung zahlreiche Magengeschwüre mit Blutungen auf, deren Entstehen nur der Beteiligung der geschädigten Leber zuzuschreiben ist. Den direkten Beweis für die hepatogene Genese der Magenblutungen nach Netzresektionen lieferte Verf. mit der Injektion von Leberextrakt in die Ohrvenen von Kaninchen, die multiple Magen-Darmblutungen hervorrief. Hinsichtlich der Beziehungen des Netzes zur peritonealen Resorption vermag Verf. die geläufige Anschauung, das Netz als Lymphschutzorgan der Bauchhöhle aufzufassen, nicht zu teilen. Wegnahme des Netzes hat keinen Einfluß auf die peritoneale Resorption, die nach Recklinghausen vorwiegend durch das Zwerchfell erfolgt. Dem Netz fällt lediglich die Aufgabe der Fixation der Bakterien zu, wozu es durch seine adhäsionsbildende Eigenschaft besonders befähigt ist. *Harf* (Berlin).[CH]

Noland, Lloyd, and Fred C. Watson: Embolism and thrombosis of the superior mesenteric artery. A report of one case. (Embolie und Thrombose der Arteria mesenterica superior. Bericht über einen solchen Fall.) Ann. of surg. Bd. 58, Nr. 4, S. 459—465. 1913.

Die Verff. bereichern unter Hinweis auf Seltenheit, diagnostische Schwierigkeiten und ungemein hohe Mortalität dieser Erkrankung die Kasuistik um einen neuen Fall. 58 jähriger Schmied mit blasendem, systolischem Aortengeräusch wird wegen plötzlicher Irreponibilität eines seit längerem bestehenden, orangengroßen, rechtsseitigen Leistenbruchs operiert, an der Bruchpforte jedoch keine Ursache für die Gangrän des Bruchinhalts (Dünndarmschlinge) gefunden. Deshalb Laparotomie: Dieselbe ergibt ca. 2 l blutiger übelriechender Flüssigkeit im Abdomen, ausgesprochene, scharf begrenzte Nekrose einer 8 Fuß langen Ileumpartie und hämorrhagische Infarzierung des zugehörigen Mesenteriums; Darmresektion, End- zu End-Vereinigung mittels Knopfs, Lembertnähte. Nach 3 tägigem Wohlbefinden (spontaner Stuhlgang) akuter Verfall und Exitus. Die Sektion zeigte außer Arteriosklerose einen größeren vegetativen Thrombus an der Aortenklappe und als Ursache der letalen postoperativen Peritonitis Dehiszenz der Anastomose. Ob es sich um primäre Thrombose der oberen Gekrösearterie oder um Embolie mit nachfolgender Thrombose gehandelt habe, ließ sich aus dem Operationspräparat nicht mit Sicherheit bestimmen, doch neigen die Verff. mehr zu letzterer Ansicht. *Fieber* (Wien).[CH]

Strauch, August: Congenital stenosis of the pylorus. (Angeborene Pylorusstenose.) Med. rec. Bd. **84**, Nr. 9, S. 386—388. **1913.**

Verf. beginnt mit der ausführlichen Krankengeschichte eines Falles von angeborenem Pylorospasmus, bespricht die Differentialdiagnose zwischen organischem und nervösem Verschluß des Pylorus und begründet an der Hand der Symptome seine Diagnose des besprochenen Falles. Gemeinsam mit Heubner nimmt Verf. in der Frage der Operation den Standpunkt möglichsten Zuwartens ein; in seinem therapeutischen Vorgehen nähert er sich wiederum Heubner. Er empfiehlt rectale Kochsalzinfusionen, Nährklysmen und Fütterung des Säug-

lungs in langen Intervallen. Interessant ist, daß auch der vorliegende Fall Pfaundlers Ansicht, die germanische Rasse sei für Pylorospasmus prädisponiert, bestätigt, da beide Eltern des Kindes Deutsche sind. *Spitzy* (Wien).CH

Weeks, L. C.: Acute intestinal obstruction. (Akuter Darmverschluß.) St. Paul med. journal Bd. **15**, Nr. 1, S. 5—19. 1913.

Weeks beobachtete in 18 Monaten 3 Fälle von akutem und 2 von chronischem Darmverschluß. Er bespricht die Symptomatologie dieses seltenen Krankheitsbildes ausführlich auf Grund der bisher veröffentlichten Fälle und an der Hand seiner eigenen Beobachtung. *Vogt* (Dresden).

White, George R.: Contracture of the psoas parvus muscle simulating appendicitis. (Über Contracturen des M. psoas minor, die eine Appendicitis vortäuschen.) Ann. of surg. Bd. **58**, S. 483—489. 1913.

Verf. hat 7 Fälle beobachtet und operiert, die unter dem Bilde einer akuten Appendicitis, allerdings ohne Fieber und ohne Darmstörungen, erkrankten. Bei der Operation fand sich eine straffe, bandartige Contractur des Psoas minor. Diese wurde transperitoneal, in einem Falle, in dem die Diagnose vorher gestellt war, retroperitoneal durchschnitten. In einem Falle trat die Erkrankung beiderseitig auf. Die Operation brachte in allen Fällen dauernde Befreiung von den Beschwerden. *Hinz* (Cöpenick).CH

Illoway, H.: Chronic appendicitis in its relation to hyperacidity of the gastric juice. A clinical study. (Chronische Appendicitis in ihrer Beziehung zu Hyperacidität des Magensaftes.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 4, S. 162—168 u. Nr. 5, S. 224—227. 1913.

Zum Beweise der Ansicht des Verf., daß chronische Appendicitis Hyperacidität hervorrufen könne, werden fünf Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt. Hartnäckige Verdauungsbeschwerden, die in Sodbrennen, Blähungen, Obstipation und Abmagerung sich äußerten, konnten durch interne Medikation nicht wesentlich beeinflußt werden. Der Erfolg der Appendektomie spricht für die Ansicht des Autors. *Ehrlich* (Wien).CH

Weaver, Ben Perley: Tuberculosis of the appendix. (Tuberkulose der Appendix.) Journal of the Indiana State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 10, S. 449—452. 1913.

Weaver gibt einen kurzen Überblick über diese Erkrankung, ihre Pathogenese (Lymph-, Blut-, Intestinalweg und vom Peritoneum), ihre Arten (ulcerative, käsige und hyperplastische Formen), ohne aber Neues zu bringen, und kommt zu den Schlüssen, daß die Diagnose oft recht schwer ist, daß primäre Appendixtuberkulose etwa 1—1,5% aller Appendicitiden ausmache, und daß wegen mancher differentialdiagnostischer Schwierigkeiten die Krankheit häufiger vorkommt als erkannt wird. *Heße* (Greifswald).

Heyd, Charles Gordon: Septic pylephlebitis, following gangrenous appendicitis. (Septische Phlebitis im Anschluß an eine gangränöse Appendicitis.) Post-graduate Bd. **28**, Nr. 3, S. 260—262. 1913.

Ein 28jähriger Mann starb 35 Tage nach der Appendektomie. Mikroskopisch handelte es sich um eine diffuse eitrige Appendicitis mit Gangrän der Mucosa. Die Bauchhöhle war primär geschlossen worden. Bei der Sektion fanden sich die Mesenterialvenen thrombosiert, der Appendixstumpf war gangränös; es bestand eine eitrige Phlebitis im Pfortadergebiet und multiple Abscesse in der Leber. Die Diagnose war intra vitam gestellt worden durch das ausgesprochene Bild der Sepsis bei subjektivem Wohlbefinden. Die Blutkulturen blieben steril. Lokale Symptome fehlten bis auf Ikterus und eine zunehmende Vergrößerung der Leber. *Vogt* (Dresden).

Masotti, Piero: Di un caso di appendicite ricorrente riacutizzata susseguente a travaglio di parto. (Ein Fall von akutem Perityphlitisrezidiv infolge einer Geburt.) (*Osp. civ. S. Maria dei Battuti S. Vito, Tagliamento.*) Riv. veneta Bd. **59**, Nr. 7, S. 321—327. 1913.

Eine Primipara von 36 Jahren wurde wegen Querlage mit Wehenschwäche in der Klinik durch Wendung entbunden. Nach der Geburt wurde eine lokalisierte Peritonitis konstatiert, der Zustand erlaubte Abwarten. Am 8. Tag nach der Geburt wurde der Absceß geöffnet, Proc. vermif. entfernt und tamponiert. Geheilt entlassen am 40. Tage. *Berberich* (Karlsruhe).

Maury, John M.: Caecum mobile, chronic appendicitis and the pericolic membrane. (Coecum mobile, chronische Appendicitis und die Membrana pericolica.) Journal of the Tennessee State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 5, S. 182—185. 1913.

Maury beschreibt die „Membrana pericolica“ als Effekt einer Verwachsungs-

anomalie des Mesocolon mit dem parietalen Peritoneum. Die klinische Bedeutung sieht er in der durch die Membran bedingten Konstriktion des Coecum (erschwerte Peristaltik, Dilatation, Atonie, Typhlitis) und der Appendix. Als Therapie empfiehlt er Spaltung der Membran und ev. Kombination mit den sonstigen für Coecum mobile und chronische Obstipation empfohlenen Methoden. *Albrecht* (München).

Kellogg, J. H.: Surgery of the ileocaecal valve. A method of repairing an incompetent ileocaecal valve and a method of construeting an artificial ileocolic valve. (Chirurgie der Ileocöcalklappe. Eine Methode zur Wiederherstellung einer nicht funktionierenden Klappe und eine Methode zur Konstruktion einer künstlichen Ileocöcalklappe.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 5, S. 563—576. 1913.

Die Funktion der Bauhinischen Klappe besteht darin, das Zurückfluten von Gas oder Flüssigkeit aus dem Kolon in den Dünndarm zu verhindern, sie hat eine Muskel- und Sphincterfunktion; analog dem Pylorus besagt dieser Muskel auch das Übertreten des Darminhaltes aus dem Dünndarm in das Kolon.

Zur Wiederherstellung der Funktion einer insuffizierten Klappe wird zunächst eine seroseröse Naht an der Hinterwand des Coecum gelegt, welche Ileum auf Coecum fixiert: dann wird die in diesen Fällen gewöhnlich rupturierte habenula mit einer Naht wieder vereinigt. Damit wird fast stets die Klappe wieder suffiziert. Zur Konstruktion einer Ileocöcalklappe wird auf eine ganz bestimmte durch Abbildungen illustrierte und durch sie allein verständliche Art und Weise das Ileum auf einige Zentimeter abgelöst und in das Coecum invaginiert. *Hannes* (Breslau).

Harnorgane:

Lichtwitz, L.: Die Bildung der Harnsedimente und Harnsteine. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 10, S. 810—820. 1913.

Harnsäure, ihre Salze und oxalsaurer Kalk ist im Harn viel löslicher als in Wasser. Dieses eigenartige Löslichkeitsverhältnis hängt von dem Lösungszustand der Harnkolloide ab. Die Steinbildung um einen Kern (der auch ein Krystall sein kann) ist ein Vorgang an einer dem Harn fremden Oberfläche. Hier kommt es infolge der Kolloidfällung zur Steinbildung, ein physikalisch-chemischer Vorgang. Soweit sich aus den bisherigen chemischen Studien Schlüsse ziehen lassen, kämen für die Therapie in Betracht: Gabe von Salzen, die die Lösungsverhältnisse der Kolloide günstig beeinflussen, oder Einverleibung von Stoffen, die kolloidale Stoffe im Harn ausscheiden. *Oehlecker* (Hamburg).[CH]

Murard, Jean: La décapsulation du rein. (Étude anatomique et physiologique.) (Die Nierenentkapselung. [Anatomisch-physiologische Studie.]) Lyon chirurg. Bd. **10**, Nr. 4, S. 347—370. 1913.

Historische Bemerkungen, Technik der totalen Dekapsulation. Nach genauer Beschreibung der Histologie der fibrösen Kapsel bespricht Verf. von anatomischen Gesichtspunkten aus die Fernresultate der Dekapsulation: 1. Die Nierenkapsel wird neugebildet und zwar beim Menschen und beim Tier in kurzer Zeit; bereits nach 2 Wochen ist sie härter und dichter als die ursprüngliche fibröse Kapsel. Die Redekapsulation ist zu dieser Zeit schon leicht auszuführen. 2. Die Bildung der neuen Kapsel hat keine nennenswerten Veränderungen im darunterliegenden Nierenparenchym zur Folge. 3. Zwischen den Gefäßen der Niere, der neugebildeten Kapsel und denen der Umgebung der Niere bestehen feine Anastomosen, denen keine funktionelle Bedeutung beizumessen ist. Unterbindet man einige Zeit nach der Dekapsulation die Nierenarterie, so nekrotisiert meistens die Niere. Als physiologisches Resultat werden unmittelbare Veränderungen der Niere gesehen: Vergrößerung der Niere infolge stärkerer Blutfülle, Konsistenzverminderung. Die Funktion der Niere leidet nicht. Der Effekt der Operation ist auf eine Änderung der Zirkulation der Niere zurückzuführen, ob nervöse Einflüsse im Spiele sind (Sympathicus?) ist noch nicht entschieden. *Frangenheim* (Cöln).[CH]

Rupert, Richard R.: Irregular kidney vessels found in fifty cadavers. (Bei fünfzig Leichen gefundene Anomalien der Nierengefäße.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 5, S. 580—585. 1913.

An 35 von 50 sezierten Leichen wurden Anomalien der Nierengefäße gefunden. Man findet solche öfters als gewöhnlich angenommen wird; die der Venen sind ebenso wichtig wie die der Arterien. Da die Venenabweichungen seltener sind, so vermehrt ihr ev. Vorkommen Zufälle bei Nierenoperationen, insbesondere bei der Nephrektomie. Bei der Zartheit der Venenwände, die auf Zug kaum widerstandsfähiger sind als dünne Adhäsionen, ist die Unterscheidung einer anormalen Vene von einer Adhäsion schwierig. — 27 Abbildungen sind beigefügt. *Blanck* (Potsdam).

Tovey, David William: Hydronephrosis due to stricture of the lower ureter cured by dilatation. (Durch Dilatation geheilte Hydronephrose infolge Striktur des unteren Teiles des Ureters.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a gynecol., meet. 22. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 4, S. 782. 1913.

Demonstration des Präparates und einiger sehr klarer Pyelographien der Niere, des Nierenbeckens und des Ureters, welche vor und nach der Behandlung aufgenommen wurden. *Hall.*

Burroughs, H. C.: A case of hydronephrosis. (Ein Fall von Hydronephrose.) Canada lancet Bd. **47,** Nr. 3, S. 181—182. 1913.

Eine 20jährige Patientin wurde wegen eines Tumors im Abdomen für schwanger gehalten; dann wurde eine Cyste diagnostiziert und punktiert; da aber der Tumor wieder wuchs, Laparatomie. Es handelte sich um eine Hydronephrosis. Der Tumor wurde punktiert und exstirpiert. Heilung. *Weibel* (Wien).

Eisendrath, Daniel N.: The repair of defects of the ureter. (Ersatz von Ureterdefekten.) (*Morris inst. f. med. res., Chicago.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 19, S. 1694—1698. 1913.

Bericht über Experimente an Hunden, welche den Zweck hatten, Stücke aus der Harnblase zu verwenden, um sie zwischen 2, weiter voneinander liegende Ureterenenden einzupflanzen. Der Erfolg war der gleiche wie bei den Versuchen mit anderem Gewebsmaterial. (Gefäß-Darmwand, Uterushorn.) *Weibel* (Wien).

Schischko, Z. P.: Einpflanzung der Ureteren in die Haut. (*Chirurg. Klin. v. Prof. Oppel, Milit. Med. Akad., St. Petersburg.*) Wratschebnaja Gazeta, Jg. **20,** Nr. 45, S. 1604—1605. 1913. (Russisch.)

Um die Frage zu studieren, welche Veränderungen erleiden Nieren und Ureter bei der Implantation der Ureteren in die Haut, stellte Verf. 37 Versuche an Hunden an. In 23 Fällen wurde ein Ureter implantiert, in 12 Fällen beide. In 2 Fällen wurde nach der Implantation des einen Ureters die andere Niere entfernt. Festgestellt wurde Atonie des Ureters infolge von Innervationsstörungen bei seiner Durchschneidung. Diese Atonie, manchmal zusammen mit der Verengerung der Hautöffnung, spielte eine Rolle beim Eindringen von Bakterien ins Nierenbecken (beobachtet in 56% der Fälle). Anatomisch wurde der Ureter erweitert, seine Muskulatur verdünnt gefunden. Die Erweiterung des Ureters ist meistens von Erweiterung des Nierenbeckens begleitet. In 58% der Fälle wurden entzündliche Veränderung der Niere festgestellt. Die Rinde (eigentlich ihre Zwischensubstanz) war in viel größerem Maße verändert als das Markgewebe. Die Infektion verbreitet sich auf den Lymphwegen des Harnapparatas. *Braude.*

Caulk, John R.: Ureterovesical cysts, an operative procedure for their relief. (Uretercysten und ihre operative Entfernung.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 19, S. 1685—1688. 1913.

Verf. beschreibt sechs Fälle von Cystenbildung am vesikalen Ureterende; fünf Patienten waren Frauen, nur ein Mann; fünf Cysten betrafen den rechten, eine den linken Ureter. In einem Falle mit doppeltem Ureter schien die Cyste angeboren zu sein, in den fünf übrigen dagegen erworben, und zwar waren sie im Anschluß an Entzündung, Tuberkulose, Nierenstein, Pyonephrose und Ulcus im Gefolge einer Kolicystitis entstanden. Die Größe der Cysten war bis kirschgroß; die Uretermündung saß meist auf dem höchsten Punkt der Cyste, welche ballonartig ins Blasenlumen hineinragte und bei jedem Urinstrahl sich prall füllte, um nach Ausstoßung des Urins wieder zu erschlaffen. Alle Fälle verursachten Schmerzen, niemals

Blutungen. In einem Falle Urinretention. Zwei Fälle blieben unbehandelt; in 2 Fällen (Tuberkulose und Pyonephrose) wurde die Nephrektomie ausgeführt; nach dieser Operation verschwanden auch die Cysten. In zwei Fällen wurde die Cyste auf endovesicalem Wege durch Spaltung und Resektion der Cystenwand mit nachfolgender Dilatation des Ureterostiums erfolgreich entfernt. Verf. empfiehlt auf Grund seiner guten Resultate stets vor einer suprapubischen Operation die endovesicale Cystenresektion zu versuchen. *Hirschberg* (Berlin).

Leguen: Calcoli uretero-vescicali. (Blasen-Ureter-Steine.) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **34,** Nr. 133, S. 1392—1394. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **3,** S. 288.

Kreuter: Zur Operation des angeborenen Divertikels der Harnblase. (*Chirurg. Klin., Erlangen.*) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. **40,** Nr. 45, S. 1740—1742. 1913.

Angeborene Harnblasendivertikel bisher 17 mal (mit Ausnahme eines einzigen Falles nur bei Männern) radikal operiert. Operationstechnik einfach beim Sitz des Divertikels am Blasenscheitel oder an den Seitenwänden der Blase, wo man extraperitoneal leicht an den Sack herankommt. Beim Sitz des Divertikels an der Rückwand der Blase (Umgebung des linken Ureters als Ursprungsstätte bevorzugt), wo der Sack sich in der Tiefe des Beckens nach dem Rectum zu entwickelt, verschiedene Operationsmethoden (transvesical, transperitoneal, sakral), die alle nicht befriedigen. Der von „Zaaijer" als ideal vorgezeichnete, auf Grund von Leichenversuchen für unmöglich gehaltene perineale Weg wurde von Kreuter mit bestem Erfolge beschritten.

63jähriger Mann seit $2^1/_2$ Jahren Harnretention, häufiger Katheterismus, immer häufigere und schmerzhaftere Miktionen; alkalischer, jauchiger Urin, 200 ccm Restharn, Prostata kaum vergrößert. Cystoskopie ergebnislos. Ventilverschluß durch einen Mittellappen der Prostata angenommen. Sectio alta zur suprapubischen Prostatektomie ergab links seitlich vom linken Ureter an der Hinterwand der Blase markstückgroße Öffnung zu einem Divertikel. Drainage und Spülung des Sackes nützte fast nichts. Deshalb in Steinschnittlage Zuckerkandlscher Bogenschnitt am Damm, Ablösung des Rectums. Divertikel rasch erreicht und überraschend leicht auszulösen. Bauchfell ließ sich ohne Verletzung abheben, der linke Ureter blieb seitlich. Der über mannsfaustgroße Sack wurde gestielt abgetragen, seine Basis durch Nähte in die Blase eingestülpt. Tamponade der Wundhöhle. Vollkommene Heilung. *Nitzsche* (Nürnberg).

Baldy, J. M.: Incontinence of urine, complete and incomplete. (Komplette und inkomplette Blaseninkontinenz.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 17, Nr. 5, S. 533—535. 1913.

Baldy hat in einigen Fällen von kompletter und inkompletter Inkontinenz folgendes Operationsverfahren mit gutem Erfolge angewendet:

Ausschneidung eines ca. $1^1/_2$ Zoll langen spitzen Ovals aus der Schleimhaut des vorderen Scheidengewölbes, dessen breiteste Stelle möglichst genau dem Blasenhals entsprechen soll. Das submucöse Bindegewebe soll nicht vollständig mitentfernt werden. Die Breite des Ovals soll möglichst reichlich bemessen werden, so daß es gerade noch gelingt, die Wundränder aneinander zu bringen. Durch Raffnähte wird die Wunde wieder geschlossen, wobei darauf zu achten ist, daß keine blinden Räume entstehen. Nach Beendigung der Naht wird noch über der Mitte derselben eine links und rechts die Schleimhaut möglichst tief fassende, die Blase jedoch nicht perforierende Entspannungsnaht gelegt, die die Heilung der Operationswunde sichern soll.

Der Zweck der Operation ist, durch die Raffung des submucösen Bindegewebes und die im Anschluß hieran sich bildende Narbe einen möglichst starken Druck auf den Blasenhals und das proximale Ende der Harnröhre auszuüben. (Abbildungen.) *Colmers.*

Dreyer, A., Zur Klinik der Blasensyphilis. Dermatol. Zeitschr. Bd. 20, H. 6, S. 477—499 u. H. 7, S. 591—623. 1913.

Zusammenstellung der 29 bisher veröffentlichten Fälle von Blasensyphilis, von denen 26 ganz ausführlich an der Hand der Krankengeschichten behandelt werden: 17 Männer, 9 Frauen. Anamnese, in 23 Fällen erhoben, war fünfmal in bezug auf Syphilis negativ. Krankheitsbild der Blasensyphilis: Schmerzen beim Urinieren oder am Schlusse der Miktion; Harndrang, gelegentlich mit Harnträufeln oder Urinretention; Blasenblutung (in 17 Fällen); Trübung des Urins durch Beimischung von Leukocyten, roten Blutkörperchen, vielen Blasenepithelien; gelegentlich Abtastung einer Blasengeschwulst oberhalb der Symphyse oder von Vagina und Rectum aus möglich. Blasensyphilis im sekundären und im tertiären Stadium beobachtet. Fünf Fälle im sekundären Stadium: Blasenschleimhaut in ganzer Ausdehnung stark geschwollen und gerötet, ausgesprochenes Ödem am Sphincter vesicae; in anderem Falle nur Blasengrund oder Blasenhals und Trigonum ödematös und hyperämisch. In fünf Fällen Papeln, oberflächliche, rundliche und längliche Schleimhautdefekte mit leicht unterminierten, in anderem Falle infil-

trierten Rändern und weißlichem oder rotem oder mit Gerinnseln bedecktem Grunde, ihrem Sitze nach zerstreut oder im Blasengrund, am Vertex oder an der einen Uretermündung. In 16 Fällen tertiärer Syphilis (4—35 Jahre nach der Infektion) war der Sitz auffallend häufig die Gegend der Ureteren. Es fanden sich teils Geschwülste, teils Geschwüre, teils Tumoren mit geschwürigem Charakter in ihrer Mitte, teils interstitielle Veränderungen mit parkettartigem Aussehen der Schleimhaut. Einmal Durchbruch in den Mastdarm und Steinbildung um die Fäkalbröckel in der Blase. Alteration des Allgemeinbefindens: Abmagerung, Schwäche, starke Anämie neben Symptomen der Allgemeinsyphilis: Narben, Drüsenschwellungen, Exantheme, breite Kondylome, Plaques im Munde, Alopecia in den Sekundärfällen, Lebersyphilis (höckerige Schwellung), Gumma im Gaumen, Plaques im Rachen, Psoriasis palmaris, gummöses Geschwür am Oberschenkel, ulceröse Papeln an den Labien, Tabes, Myelitis in den Tertiärfällen. Wassermannsche Reaktion (in 4 Fällen angestellt) stets positiv. Hauptmerkmale, die ohne weiteres Cystoskopie und Wassermannsche Reaktion fordern, sind: Mangel aller Bakterien im Urin und Widerstand gegen die übliche Cystitistherapie. Prognose gut. Behandlung nach den üblichen antiluetischen Methoden: Jod, Quecksilber, Salvarsan. Besonders mit letzterem überraschend schnelle symptomatische Besserung in wenigen Tagen; zur Heilung kombinierte Methode zu bevorzugen. *Nitzsche* (Nürnberg).

Frothingham jr., C., R. Fitz, Otto Folin and W. Denis: The relation between non-protein nitrogen retention and phenolsulphonephthalein excretion in experimental uranium nephritis. (Die Beziehung zwischen der Retention des an Harnstoff gebundenen — non-protein — Stickstoffes und der Ausscheidung von Phenol-Sulphon-Phthalein bei Uran-Nephritis.) (*Harvard med. school. a. Peter Bent Brigham hosp., Boston.*) Arch. of internal med. Bd. **12**, Nr. 3, S. 245—258. 1913.

Verff. benutzten Kaninchen zu ihren Versuchen. Die Uran-Nephritis wurde durch einmalige subcutane Darreichung von 1,25—3 mg erzeugt. Es wurden 2 Reihen von Versuchen angelegt. In der ersten Reihe wurden die Tiere 1—10 Tage nach der Uraninjektion getötet, um die pathologischen Veränderungen an den Nieren in den verschiedenen Stadien der Nephritis und ihre Beziehung zu dem Vorhandensein von an Harnstoff gebundenen (non-protein) Stickstoff im Blut und zu dem Verhalten des Urins zu studieren. Die Blutuntersuchung (nach der Methode von Folin und Denis) erfolgte nur einmal am Tage der Tötung. In der anderen Versuchsreihe ließ man die Tiere sich wieder erholen; Blutuntersuchungen und Phenol-Sulphon-Phthalein-Proben wurden periodisch vorgenommen. Dieser Farbstoff wurde in Menge von 6 mg in 1 ccm Lösung intramuskulär in den Oberschenkel injiziert. Die Bestimmung im Urin erfolgte colorimetrisch nach der Methode von Autenrieth und Königsberger. Es zeigte sich, daß im Beginn der Uran-Nephritis die Ausscheidung von Phenol-Sulphon-Phthalein schneller nachläßt, als die Anhäufung von Harnstoff im Blut zunimmt. Die Höhe dieser Anhäufung stellt sich ein 2—3 Tage nach der geringsten Ausscheidung von Phenol-Sulphon-Phthalein. Zeigt sich Besserung der Nierenfunktion durch Mehrausscheidung von Phenol-Sulphon-Phthalein, so kann immerhin die N-Anhäufung im Blut noch 2—3 Tage zunehmen. Beide Proben geben Aufschluß über die Nierenfunktion. Während aber das Phenol-Sulphon-Phthalein lediglich das Ausscheidungsvermögen anzeigt, gibt der Nachweis des Harnstoffs im Blut Aufklärung über die Differenz der im Stoffwechsel gebildeten und der durch die Nieren ausgeschiedenen N-Verbindungen. *L. Bassenge.*[M]

Bauer, Richard, und Paul Habetin: Moderne Methoden zur Funktionsprüfung der Niere. Mitteilg. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien Jg. **12**, Nr. 11, S. 167—168. 1913.

Verf. haben 25 Fälle von Nierenerkrankung mit den modernen Prüfungsmethoden für die Nierenfunktion untersucht. Das beste Verfahren ist die Methode von Schlayer, bei der die Ausscheidung von Milchzucker, Jod und Wasser untersucht wird. Für die Bestimmung der Ausscheidungsverhältnisse des Stickstoffes und Chlors gibt die Ambardsche Methode verläßliche Resultate. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Willard, W. P.: A method for aseptic ureteral catheterization. (Eine Methode für aseptische Ureterenkatheterisation.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 14, S. 1296—1297. 1913.

Verf. empfiehlt, die Harnleiterkatheter in Musselinsäckchen, die ziemlich weit sein müssen, einzuschließen. In diesen werden sie, in Paraffinpapier gewickelt, im Autoklaven sterilisiert. Beim Einführen ins Cystoskop wird nur das Säckchen berührt. *Burckhardt* (Berlin).[CH]

Schachnow, W.: Über die Wirkung des Kollargols bei direkter Injektion ins Nierenparenchym. (*Chirurg. Univ.-Klin., Straßburg.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 2, H. 1, S. 1—12. 1913.

Verf. bespricht die verschiedenen in der Literatur mitgeteilten Fälle von angeblichen Schädigungen des Nierenparenchyms durch Kollargolinjektion in das Nierenbecken zum Zweck der Pyelographie und betont die völlige Gefahrlosigkeit der Methode bei richtiger Handhabung der Einspritzung. Die Schädigungen sind auf mechanische Alteration der Nierenbeckenschleimhaut bzw. der Nieren selbst durch zu hohen Druck bei der Injektion zurückzuführen: nach mechanischer Läsion der schützenden Schleimhautdrüsenüberzüge kann die Lösung direkt in das Parenchym gelangen, wo sie schwere Veränderungen setzen kann, wie das Verf. durch Injektion von Kollargol in die Niere von Kaninchen experimentell nachgewiesen hat. Das Verhalten des Kollargols bei oberflächlicher Kontaktwirkung mit Schleimhäuten ist ein grundsätzlich verschiedenes von dem Verhalten nach direktem Einbringen in das Parenchym von Nieren. Diese Erfahrung muß zu größter Vorsicht bei Anwendung der Methode ermahnen, gegen die Brauchbarkeit der Pyelographie spricht sie in keiner Weise. *Oehler* (Freiburg i. B.).CH

Tumoren des knöchernen Beckens und der Glutaealgegend:

Wood, F. C.: A case of chordoma of the sacrum. (Ein Fall von Chordoma des Kreuzbeins.) Proceed. of the New York pathol. soc. Bd. **13,** Nr. 3/4, S. 103 bis 104. 1913.

Bei einer 35jährigen Frau fand sich am Kreuzbein ein Tumor, der anfangs für ein Myxosarkom gehalten wurde. Mikroskopisch erwies sich seine Entstehung aus Resten der Chorda dorsalis. Er bestand aus einer gelatinösen Grundsubstanz, in der bläschenförmige Zellen mit kleinen Kernen lagen. Die Zellen drangen zwischen die Muskelbündel vor wie bei einer bösartigen Geschwulst. *Becker* (Bonn).

Ollerenshaw, Robert: Sacrococcygeal tumors. With a report of a large teratoma. (Sakrococcygeal-Geschwülste. Mit Bericht über ein großes Teratom.) Ann. of surgery Bd **58,** Nr. 3, S. 384—387. 1913.

Verf. teilt die Geschwülste dieser Region in Caudalanhänge, Dermoidcysten, Mischgeschwülste und fötale Einschlüsse ein und charakterisiert kurz die einzelnen Gruppen mit Berücksichtigung der Keimtheorien. Sodann berichtet er über einen eigenen Fall, eine fast kindskopfgroße teils cystische, teils solide Geschwulst bei einem 4 Tage alten Mädchen. Bei der im Alter von einigen Wochen vorgenommenen Operation wurde der Tumor mitsamt dem Steißbein exstirpiert und erwies sich als eine Mischgeschwulst. Sie stand nicht mit dem Rückenmarkskanal in Verbindung und hatte keinerlei Funktionsstörungen veranlaßt. Glatter Heilungsverlauf. *Hochheimer* (Berlin).CH

Mamma:

Schwarz, Emil: Three unusual tumors. Carcinoma and sarcoma mammae. Krukenberg tumor. Adenomyoma cervicis. (Drei seltene Tumoren. Carcinom und Sarkom der Mamma. Krukenberg-Tumor. Adenomyoma cervicis.) (*Woman's hosp., New York City.*) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Jg. **68,** Nr. 4, S. 752—759. 1913.

Fall 1. Bei einer 50jährigen Patientin Amputatio mammae wegen Carcinom der linken Brust. Ein Jahr später supravaginale Hysterektomie wegen eines stellenweise erweichten Myoms. $2^1/_2$ Jahre später harter Tumor in der rechten Mamma. Der mikroskopische Befund ergibt Carcinom und Spindelzellensarkom; eine zu gleicher Zeit entfernte Subclaviculardrüse ist ebenfalls sarkomatös. Nach einem weiteren Jahre Auftreten von metastatischen Sarkomknoten auf der rechten Schulter und in der Nähe des Nabels. Verf. glaubt an einen ätiologischen Zusammenhang zwischen dem Myom und dem Sarkom. — Fall 2. Bei einer 50jährigen Patientin sind beide Eierstöcke in derbe fast kindskopfgroße Geschwülste umgewandelt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Fibrosarcoma mucocellulare carcinomatoides (Krukenberg). Ob diese Geschwülste sich primär oder sekundär als Metastasen eines Kolloidcarcinoms des Darmtraktes entwickelt haben, ist nicht zu entscheiden; klinisch waren keine Symptome eines Intestinaltumors vorhanden. — Fall 3. Totale abdominelle Uterusexstirpation bei einer 39jährigen Patientin wegen Blutungen und Schmerzen. Corpus uteri vergrößert und verdickt mit mehreren kleinen interstitiellen Myomen. Das Myometrium der Cervix $4^1/_2$ cm breit. Das mikroskopische Bild dieses Teiles zeigt ein Adenomyom, dessen Zellschläuche typische Cervixdrüsenzellen ent-

halten. Ein benachbarter kleiner Myomknoten ist stellenweise von ihnen durchwachsen. Das Drüsenepithel stammt nach Verf. Ansicht von den Cervixdrüsen her. *Hall* (Gaz).

Sternberg, Carl: Ein Adenocarcinom der Mamma bei einem Meerschweinchen. Verhandl. d. Dtsch. pathol. Ges. 16. Tag., Marburg 31. III.—2. IV. 1913. S. 362—365. 1913.

Ein bis jetzt gesundes Meerschwein aus der seit 7 Jahren bestehenden Zucht wurde tot im Stalle gefunden. Obduktion ergab ein apfelgroßes, zwischen der Haut und der Bauchmuskulatur gelegenes echtes Adenocarcinom der rechten Mamma mit Metastasen in den Lungen. *Torggler.*

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Werner, Paul, und A. F. Ritter v. Winiwarter: Über die Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden. (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 45, S. 1841—1845. 1913.

Die Autoren prüften in 285 Fällen das Abderhaldensche Dialysierverfahren nach. Unter 22 Fällen von normaler Gravidität war die Reaktion 20 mal positiv, 2 mal negativ. Drei durch Operation sichergestellte Fälle von Tubargravidität reagierten positiv; von 39 Fällen entzündlicher Erkrankung reagierten 23 positiv und 14 negativ, unter 11 Fällen von Genitaltumoren reagierten 9 positiv und 2 negativ; schließlich gaben von 25 normalen Fällen 21 eine positive und nur 6 eine negative Reaktion. Es waren also unter den 25 Fällen von Gravidität 2 Fehldiagnosen, unter 75 Fällen von sicher nicht Graviden 53 Fehldiagnosen.

Diese „kläglichen" Resultate wurden auch nicht besser, als sie in jedem Falle 3 Proben, nämlich 2 Proben Serum + Placenta und eine Probe Serum allein anstellten. Die Ursache dieser Fehldiagnosen der Verff. sowie der Versager anderer Autoren liegt, wie die angestellten Versuche beweisen, einzig und allein in dem ungleichmäßigen Verhalten der verwendeten Schläuche verschiedenen Seren gegenüber. Auf Grund ihrer Ergebnisse bestreiten die Verff. den praktischen Wert des Dialysierverfahrens, zumal es auch ein mit allen Belegen ausgestattetes chemisches Laboratorium sowie sehr große Übung verlangt. *Moraller* (Berlin).

Mayer, A.: Über die Abderhaldensche Untersuchungsmethode und die klinische Bedeutung des Dialysierverfahrens. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Med. Korresp.-Bl. Bd. **83**, Nr. 46, S. 725—728. 1913.

Nach einer einleitenden Schilderung der Abderhaldenschen Methode betont Verf., daß die klinische Bedeutung dieser Reaktion namentlich da Bedeutung gewinnen wird, wo es sich um junge Schwangerschaften handelt. Außerdem aber weist er darauf hin, daß der Wert dieser neuen Methode darin liegt, die Pathologie der inneren Sekretion zu studieren. Er hat nach dieser Richtung schon verschiedene Untersuchungen angestellt. So hat er die Keimdrüsen, speziell die weiblichen, untersucht, sodann das Verhalten des Serums gegen Sperma und Hodensubstanz. Auch die Thyreoidea und die Thymus hat er in seinen Untersuchungsbereich einbezogen. Schließlich hat er sich auch der Verwendung der Abderhaldenschen Reaktion bei Carcinomkranken zugewandt. Nach seiner Ansicht scheint es wenigstens in gewissen Stadien möglich zu sein, die Diagnose Carcinom serologisch zu stellen. Es erheben sich natürlich sofort die Fragen, ob die Krebse verschiedener Organe und die histologisch verschieden gebauten Carcinome sich serologisch gegenseitig vertreten können. Bedeutet der positive Ausfall der Abderhaldenschen Reaktion auf Carcinomgewebe, daß das Carcinom wenigstens in gewissen Stadien eben tatsächlich keine lokale Erkrankung ist, sondern auf dem Blutwege den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht, wie wir das ja an der Kachexie klinisch längst wissen? Bei Ovarialtumoren fand der Verf., daß Eierstock abgebaut wurde. *Runge* (Berlin).

Fulci, Francesco: Die Restitutionsfähigkeit des Thymus der Säugetiere nach der Schwangerschaft. (*Pathol. Inst., Freiburg i. Br.*) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **24**, Nr. 21, S. 968—974. 1913.

Auf Grund seiner Experimente ist Verf. der Ansicht, daß während der Schwangerschaft im Thymus eine Atrophie eintritt, die insbesondere gegen die letzten Perioden der Schwangerschaft ausgeprägt ist. In diesem Stadium läßt sich im erhalten gebliebenen

Thymusgewebe das Vorhandensein von besonderen grobkörnigen Elementen, höchstwahrscheinlich von bindegewebiger Natur, unterscheiden, die Cholesterinester und Lipoidstoffe enthalten, welchen Elementen Verf. den Namen „Infiltrationszellen" geben möchte und die, aller Wahrscheinlichkeit nach, mit dem Cholesterinstoffwechsel des Organismus selbst in Beziehung zu bringen sind. Nach der Schwangerschaft beginnt in der Thymusdrüse ein lebhafter Wucherungsprozeß, der in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum zur vollständigen Restitution des Organs führen kann. Die Gravidität ist mithin die Ursache eines Involutionsvorganges der Thymusdrüse, welcher nach der Schwangerschaft wiederhergestellt werden kann. *Runge* (Berlin).

● **Wymer, Triuwigis: Die willkürliche Geschlechtsbestimmung beim Menschen. Die Theorie des Hippokrates auf Grund von Versuchen an Tieren nachgeprüft.** München: Lehmann 1913. 40 S. M. 1.20.

Die zahlreichen Theorien über Geschlechtsbestimmung lassen sich in 3 Gruppen ordnen. Erste Gruppe behauptet Vorhandensein männlicher und weiblicher Eier; zweite Gruppe läßt Geschlecht bei Befruchtung entstehen; dritte Gruppe hält Ernährungsbedingungen des Embryo für geschlechtsbestimmenden Faktor. — Die sog. Hippokratische Theorie, mit der sich Wymer eingehend befaßt, läßt die Keimdrüsen, Hoden und Eierstöcke der rechten Seite männlich, der linken weiblich geschlechtlich bestimmt sein. Bis in neueste Zeit erstrecken sich wissenschaftliche Erörterungen für und gegen die Hippokratische Lehre. Großes, scheinbar für die Richtigkeit sprechendes Material sammelte noch aus der Literatur der letzten Jahrzehnte v. Seligson aus Ergebnissen von Tubargraviditäten und einseitiger Ovariotomie, unter gleichzeitiger Veröffentlichung angeblich beweisender Tierversuche. Gegenbeweise verschiedener Autoren (Stratz, v. Winckel, Geßner, Gönnes) waren ungenügend, weil der Einwand v. Seligsons vom Vorhandensein etwaiger Nebeneierstöcke nicht absolut sicher zu entkräften war. Deshalb macht W. ausgiebige Nachprüfung durch Tierversuche mit folgendem Ergebnis: Einseitige Kastration sowohl männlicher wie weiblicher Tiere scheint das prozentuale Verhältnis des Geschlechts der Nachkommen zu beeinflussen in der Weise, daß linksseitige Kastration eine Überzahl der männlichen, rechtsseitige eine Überzahl der weiblichen Nachkommen zur Folge hat. Unrichtig ist, daß die Keimdrüse der rechten Körperseite nur zur Zeugung männlicher, die der linken nur zur Zeugung weiblicher Nachkommen dienen. Unrichtig ist, daß Samen aus rechtem Hoden nur Eier des rechten Eierstocks, Samen des linken Hodens nur Eier des linken Eierstocks befruchten kann. *Stähler* (Siegen).

Paquet, A.: Grossesse de 7 mois dans un utérus en rétroversion avec enclavement partiel dans l'excavation. (Schwangerschaft von 7 Monaten in einem retrovertierten Uterus mit partieller Einklemmung im Douglas.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2**, Nr. 7, S. 642—645. 1913.

24jährige Patientin an Retroversio uteri leidend. 2 Aborte im 2. Monat. Im 4.—5. Monat dieser 3. Gravidität erste Einklemmungserscheinungen in Form von Urinretention, die trotz vergeblichem Versuch der Aufrichtung schwand. Im 7. Monat Eintritt der Geburt unter typischen Einklemmungserscheinungen: Portio hoch oben hinter Symphyse nicht erreichbar, Douglas durch hintere Aussackung ausgefüllt. Da vollkommene Fußlage besteht und ein Bein in der Scheide liegt, Entbindung per vias naturales möglich, da unter Nachobendrängen der Aussackung und Zug am Fuß die Portio tiefer und mehr nach hinten tritt, so daß das Kind leicht folgt. Kind lebt, 2150 g, stirbt bald. Nachgeburt folgt nach $^1/_2$ Stunde auf Druck. Aufrichtung des Uterus jetzt leicht möglich. Wochenbett fieberfrei. Bei Nichtgelingen der Entbindung p. v. n. hatte Verf. Hysterotomia posterior vaginalis ausführen wollen, da wegen Dauer der Geburt und häufiger Untersuchung der abdominelle Kaiserschnitt kontraindiziert war. *Vaßmer.*

Fitz-Gerald, Gordon: Complications of pregnancy. (Über Komplikationen in der Gravidität.) Med. chronicle Bd. **26**, Nr. 1, S. 34—37. 1913.

Fall von Retroflexio uteri gravidi, bei welchem Blutungen menstrueller und atypischer Natur verbunden mit Schmerzen in der rechten Bauchseite in den ersten Monaten auftraten. Als sich der Uterus plötzlich unter Schmerzen und Kollapserscheinungen spontan aufrichtet, wird der Verdacht auf Extrauteringravidität mit Hämatocelenbildung rege. Bei der Operation findet man eine intrauterine Gravidität etwa dem 4. bis 5. Monat entsprechend und eine chronische Appendicitis. *Hall* (Graz).

Lehmann, Franz: Über habituelle Schwangerschaftsunterbrechung und innere Sekretion. Arch. f. Gynaekol. Bd. **101,** H. 1, S. 205—243. 1913.

Es gibt Fälle von habitueller, vorzeitiger Schwangerschaftsunterbrechung, welche mit Lues, Nephritis, Endometritis oder anderen Organkrankheiten nichts zu tun haben und durch eine kombinierte Jod-Eisentherapie außerordentlich günstig beeinflußt werden. Anführung einiger einschlägiger Krankengeschichten. Eisenmangel der Frau, wie man nach den Versuchen Tetzers über den Einfluß eisenarmer Nahrung auf den schwangeren Organismus und nach der günstigen Einwirkung einer Eisenbehandlung vermuten könnte, kann nicht der maßgebende Faktor sein. Es gibt vielmehr Anhaltspunkte dafür, daß die habituelle Schwangerschaftsunterbrechung von einer Störung der inneren Sekretion abhängig ist. Das Blutdrüsensystem ist in jeder Schwangerschaft abgeändert. Eine Nachprüfung der Angaben von Adler und von Ury über eine leichtere Auslösung der Adrenalin- resp. Cocainadrenalinmydriasis bei Schwangeren, der Beobachtungen über eine mit dem Kalkstoffwechsel zusammenhängende Abänderung der Blutgerinnungszeit, der Angabe über eine von der Amenorrhöe abhängigen Änderung der Leukocytenverhältnisse ergab freilich so geringfügige Ausschläge gegenüber dem nicht graviden Zustande, daß daraus keine sicheren Schlüsse auf eine abgeänderte Tätigkeit einzelner Drüsen mit innerer Sekretion gezogen werden können. Hier spielt die Individualität, selbst im wesentlichen ein Ausdruck der Tätigkeit der Blutdrüsen, eine erhebliche Rolle und erschwert einen direkten Vergleich. Der häufigere Knabenabortus könnte in Anlehnung an die Versuche Robinsons über eine Beeinflussung des Geschlechtes durch Adrenalin und Cholin mit einem Mehrverbrauch von Adrenalin, welches nicht in genügender Menge vorhanden ist, zusammenhängen.

Novak (Wien).

Armytage, V. B. Green: Retained placenta due to implantation in a sacculus or horn of the uterus. Manual removal. Rupture of the uterus. Hysterectomy and death. (Retention der Placenta infolge Implantation in Aussackung oder Horn des Uterus. Manuelle Entfernung. Ruptur des Uterus. Hysterektomie und Tod.) Journal of obstetr. a gynaecol. of the British Emp. Bd. **24**, Nr. 3, S. 172—173. 1913.

Patientin hatte in vorhergehendem Wochenbette Pyämie mit zahlreichen eiternden Abscessen durchgemacht. Daher ist die Ausbuchtung der hier auf 3 mm verdünnten Uteruswand eher als Folge eines in die Uterushöhle entleerten Abscesses mit anschließender dünner Narbenbildung, denn als rudimentäres Horn aufzufassen. *Mohr* (Berlin).

Chaput: Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Importance des crises douleureuses violentes et répétées l'hématocèle supra-utérine. (Beitrag zum Studium der Extrauteringravidität. Wichtigkeit der heftigen und wiederholten Schmerzanfälle. Haematocele suprauterina.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **20,** Nr. 6, S. 545—550. 1913.

Die geplatzte Extrauteringravidität läßt sich selbst beim Fehlen eines peritonealen Ergusses, einer Hämatocelenbildung, beim Fehlen menstrueller Störungen aus den sehr heftigen Schmerzattacken diagnostizieren, die, im Bereich der Ovarien lokalisiert, von Pausen der Schmerzlosigkeit gefolgt werden und jeder Therapie trotzend rezidivieren.

In zwei Fällen erkannte Chaput nur aus diesem Symptom die bestehende Tubarschwangerschaft. Im ersten Falle (l. M. 4 Wochen vorher) ließ sich aus dem etwas vergrößerten und aufgelockerten Uterus die Diagnose Schwangerschaft stellen. Drei aufeinanderfolgende heftigste Schmerzanfälle ließen Ch. trotz des Fehlens einer äußeren Blutung, eines Adnextumors oder einer Hämatocele die Diagnose geplatzte Extrauteringravidität stellen, die die Operation bestätigte. Im zweiten Falle traten nach dem Sistieren der Menses drei heftige Schmerzanfälle in der rechten Unterbauchgegend in ca. 10tägigen Intervallen auf. Da die unter der Annahme eines inkompletten Abortus — es war einmal eine 5tägige Blutung eingetreten — vorgenommene Curettage nur Deciduastückchen zutage förderte und danach ein neuerlicher Schmerzanfall eintrat, wurde, gestützt auf das wertvolle Symptom des rezidivierenden Schmerzanfalles, die Laparatomie ausgeführt. Sie ergab Extrauteringravidität mit abgesackter Hämatocelenbildung über dem Fundus uteri.

Die Diagnose der Tubarschwangerschaft stützt sich gewöhnlich auf die Diagnose der Schwangerschaft (Vergrößerung und Weichheit des Uterus, Vergrößerung und Sekretion der Brüste), auf abdominelle Symptome (Erbrechen, Aufgetriebensein des Bauches, Schmerz), auf die Zeichen eines Peritonealergusses, auf die Bildung einer retro-, ante- oder subperitonealen Hämatocele. Das Symptom der Blutung ist sehr wechselnd. Sie kann völlig fehlen, in regelmäßigen menstruellen Intervallen auftreten, Blutungen können einem Intervall von Amenorrhöe folgen oder sie können wiederholt in geringer Intensität auftreten und trotz Curettement anhalten. Die Verwechslung der Extrauteringravidität mit Abortus incompletus wird nur zu oft begangen. Starke Schmerzanfälle sprechen für ektopische Schwangerschaft. *Bienenfeld* (Wien).

Dagneau, P. C.: Quatre observations de grossesse extra-utérine. (Vier Beobachtungen von extrauteriner Schwangerschaft.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. 8, Nr. 10, S. 597—600. 1913.

Auf Grund von vier Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Bei jedem Ausbleiben der Regel ist auf Schwangerschaft zu untersuchen. Bei plötzlicher Erkrankung mit Leibschmerzen ist an Tubenruptur zu denken. Die Diagnose auf geplatzte Extrauteringravidität wird durch eine Resistenz im Douglasschen Raum gesichert. Stets ist die Operation vorzunehmen, da die Blutmassen leicht infiziert werden können. *Jaeger* (München).

Cheval, Max: La grossesse extra-utérine au delà du quatrième mois. (Die Extrauteringravidität jenseit des vierten Monats.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. 24, Nr. 5, S. 327—333. 1913.

Sammelreferat über diese seltene Anomalie, in dem zunächst nach einem Hinweis auf die Schwierigkeiten der Diagnose die Symptomatologie besprochen wird. In therapeutischer Hinsicht erscheint es vorteilhaft, bei lebender Frucht die Operation möglichst bis zum 8. oder 9. Monat hinauszuschieben. Stirbt der Foetus ab, so empfiehlt Pinard, falls keine Komplikationen eintreten, mit dem Eingriff bis zum Verschwinden des Placentarkreislaufes (etwa 6 Wochen) zu warten. Demgegenüber plädieren die Chirurgen mit Rücksicht auf die manchmal schnell einsetzende Septicämiegefahr für sofortiges Operieren. Die technischen Schwierigkeiten können unter Umständen recht erheblich sein. *Holste* (Stettin).

Dufour, Henri, et J. Thiers: Transmission du bacille de Koch de la mère au foetus. (Der Übergang des Kochschen Bacillus von der Mutter auf den Foetus.) Gynécologie Jg. 17, Nr. 7, S. 400—413. 1913.

Interessante Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. Die Verff. berichten über zwei eigene Beobachtungen. 1. Eine tuberkulöse Patientin erlag im 3. Monat der Gravidität einer tuberkulösen Meningitis. Bei der Sektion fand man, zum Teil in die Scheide geboren, einen Foetus, der dadurch auffiel, daß das Abdomen stark aufgebläht war und ascitische Flüssigkeit enthielt; die Placenta erschien makroskopisch ohne tuberkulöse Veränderungen. Ein Meerschweinchen erhielt eine intraperitoneale Injektion von 15 ccm des Ascites, ein anderes 5 ccm der mit physiologischer Kochsalzlösung zerriebenen Placentarmasse. Obgleich keinerlei tuberkulöse Veränderungen in der Placenta zu finden waren, wiesen die beiden Meerschweinchen ausgesprochen tuberkulöse Veränderungen auf. In einem zweiten Versuche handelt es sich um eine fortgeschrittene Lungentuberkulose gegen Ende der Schwangerschaft; drei Tage vor der Niederkunft werden 15 ccm Blut durch Venaepunktion entnommen. Tuberkelbacillen konnten darin nicht nachgewiesen werden. Das Placentarblut wurde ebenfalls steril befunden; Impfversuche mit Placentarblut und Placentarstücken, sowie mit dem Blut der tuberkulösen Mutter waren ohne Erfolg. Besondere Schlüsse ziehen die Verf. aus diesen Beobachtungen nicht. *Voigt* (Göttingen).

Mirto, F.: Intorno ad alcuni casi di colera in gravidanza. (Einige Fälle von Cholera während der Gravidität.) (*R. scuola di ostetr., Milano.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. 35, Nr. 9, S. 354—360. 1913.

Während der Choleraepidemie 1911 wurden in Palermo in die Klinik 479 Cholerakranke aufgenommen, darunter 14 Gravide (1 Primipara, die andern Multipara). Am Ende der Gravidität war 1 Frau, 4 kamen auf die Zeit vom VII.—IX. Monat, 9 auf die Zeit Beginn der Gravidität bis VI. Monat. Die Mortalität war 28,57% gegen 26,97% allgemeiner Mortalität bei Cholera in Palermo, günstig vielleicht durch geringere Intensität der Cholera bei kleiner Zahl der Erkrankten. Ungünstig gegen andere Statistiken war die Zahl der Aborte und Parti premat. 76,92%, wobei alle Früchte tot geboren wurden. *Berberich* (Karlsruhe).

Geburt:

Officer, E. A.: Pituitrin in labour. (Pituitrin während der Geburt.) Australas. med. gaz. Bd. **34,** Nr. **11,** S. 243—244. 1913.

Auf Grund seiner an 28 Fällen angestellten Beobachtungen über die Wirkung des Pituitrins in der Geburt kommt Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen: Nach Pituitringabe darf eine Kreißende vom Arzt nicht mehr verlassen werden. Pituitrin ruft eine Verstärkung der Wehen und Abkürzung der Wehenpausen hervor; durch Chloroform wird die Wirkung nicht aufgehoben. Harnverhaltung nach Pituitrindarreichung wurde nie beobachtet. Der Blutverlust unmittelbar nach der Geburt ist gering. *Engelhorn.*

Delcourt, A.: Utilisation de la pituitrine en phases d'accouchement. (Anwendung des Pituitrin in der Geburtshilfe.) Scalpel et Liège méd. Jg. **66,** Nr. 19, S. 303—307. 1913.

Drei Fälle, in denen Verf. das Pituitrin mit bestem Erfolge im Augenblick der Ausstoßung der Frucht und in der Nachgeburtsperiode injiziert hat. Er bezeichnet deshalb das Pituitrin für die Geburtshilfe als „einzig in seiner Art". *Bayer* (Köln).

Harrison, F. C.: On the use of pituitary extract in obstetrics. (Über die Anwendung des Pituitrin in der Geburtshilfe.) (*Pharmacol. laborat. univ., Toronto.*) Canad. practit. a. rew. Bd. **38,** Nr. 11, S. 653—661. 1913.

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **3,** S. 293.

Oui: Rigidité du col chez une syphilitique. Opération césarienne vaginale. Mort. (Rigidität des Collum bei einer Syphilitischen. Vaginaler Kaiserschnitt. Tod.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 7, S. 637—641. 1913.

10 Tage vor der Geburt spezifische Behandlung wegen Roseola. 2 Tage vor dem Wehenbeginn Wasserabfluß. Trotz Wehen und Tiefertreten des Kopfes, trotz vieler heißer Ausspülungen erweitert sich das Collum nicht über Zweifrankstückgröße. Vaginaler Kaiserschnitt. Forceps. Lebendes Kind von 7 Monaten. Nach 3 Tagen exitus der Mutter im Koma (Chloroformintoxikation bei Insuffizienz von Leber und Nieren). Ein aus dem rigiden Collum intra operationem excidiertes Stück weist Entzündung und Sklerosierung auf. Oui neigt zur Annahme einer syphilitischen Sklerose. *Bauer* (Berlin).

Harper, Paul T.: Contraction ring dystocia. (Geburtsstörungen infolge tonischer Kontraktion des Bandlschen Ringes.) New York State journal of med. Bd. **13,** Nr. 10, S. 535—539. 1913.

Verf. versteht unter „contraction ring dystocia" eine isolierte tonische Contraktur der Muskulatur des Bandlschen Ringes, welche durch eine Umklammerung des vorliegenden Teiles des kindlichen Körpers ein Geburtshindernis hervorrufen und unter Umständen einen operativen Eingriff zur Beendigung der Geburt notwendig machen kann. Ätiologisch scheint eine gewisse nervöse Disposition in Verbindung mit leichteren geburtsverzögernden Momenten eine Rolle zu spielen. Die Diagnose ist durch eine genaue innere Untersuchung, bei welcher man den isoliert kontrahierten Ring unter Umständen sehr hoch oben findet, bei Abwesenheit sonstiger Ursachen für den Geburtsstillstand nicht schwierig. Die Therapie besteht darin, den Spasmus des Ringes baldigst zu beheben. Gelingt dies nicht durch Morphium, Chloral oder Inhalationsnarkotica, so muß man in entsprechend tiefer Narkose die manuelle Dehnung des Ringes vornehmen. Wegen der Rezidivgefahr ist die daran anschließende Beendigung der Geburt angezeigt. Die artifizielle Dehnung prädisponiert in keiner Weise zu einer späteren Atonie oder Blutung post partum. Verf. illustriert seine Ausführungen durch 3 in extenso mitgeteilte Krankengeschichten. *Hall* (Graz).

Kosmak, George W.: Dystocia following in interposition operation, complicated by placenta previa. (Dystokie nach einer Interpositionsoperation, durch Placenta praevia kompliziert.) (Transact. of the New York acad. of med., sect. on obstetr. a gynecol., meet. 22. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 4, S. 783—784. 1913.

Bei einer 35jährigen Multipara im 7. Monat der Gravidität tritt infolge Placenta prävia centralis eine hochgradige Blutung ein. Wegen Unbeweglichkeit des Cervix und der Notwendig-

keit einer sofortigen Entbindung, wird die Sectio caesarea abdominalis ausgeführt. Aus der Anamnese geht hervor, daß wegen eines anscheinend kompletten Prolapses ca. 9 Monate vorher eine Interposition des Uterus gemacht worden war. Eine gleichzeitige Sterilisation unterblieb wegen Shockes. Während der Gravidität litt Patientin an Urinbeschwerden und mußte häufig katheterisiert werden. Ungestörte Rekonvaleszenz. *Hall* (Graz).

Falk, H.: Ist die Gebärparese des Rindes ein anaphylaktischer Vorgang? Berl. tierärztl. Wochenschr. Jg. **29**, Nr. 46, S. 815—817. 1913.

Der Verf. wendet sich in seiner Arbeit gegen die Vergleichung der Eklampsie des Menschen mit der Gebärparese des Rindes, wie sie von Thum und Wolff-Eisner empfohlen wird, und glaubt, eher eine Asthenie des Bindegewebes nach Bier für die Erscheinung der Gebärparese verantwortlich machen zu sollen. *Voigt* (Göttingen).

Wolverton, W. C.: Puerperal eclampsia. A discussion of the problem of its therapy. (Puerperale Eklampsie. Eine Aussprache über die Streitpunkte der Behandlung.) Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 3, S. 218—222. 1913.

Enthält manches Allbekanntes. *Landau.*

Zinke, E. Gustav: The medical versus the surgical treatment of puerperal eclampsia. (Die interne gegenüber der chirurgischen Behandlung der puerperalen Eklampsie.) New York State journal of med. Bd. **13**, Nr. 8, S. 422 bis 429. 1913.

Unter Heranziehung der Statistiken besonders der amerikanischen Anhänger der sofortigen operativen Entleerung des Uterus als beste Behandlungsmethode der Eklampsie wendet Verf. sich erneut gegen diese Lehre und zeigt, daß auch nach den jüngsten Erfahrungen mit der expektativen Behandlung, zumal der von Verf. eingeführten Behandlung mit Veratrum viride sich weit bessere Resultate erzielen lassen, wenn er auch zugibt, daß einerseits auch diese Behandlung versagen muß, wenn die Veränderungen im mütterlichen Organismus derart sind, daß eine Reparation nicht möglich ist, wie andererseits auch eine operative Beendigung indiziert sein kann. Im übrigen deckt sich die Arbeit inhaltlich mit den schon Bd. **2**, 459 und **3**, 129 referierten früheren Arbeiten des Verf. *Vaßmer* (Hannover).

Lewis, S. E.: A case of eclampsia: recovery. (Ein Fall von Eklampsie; Heilung.) Journal of the roy. army med. corps Bd. **21**, Nr. 5, S. 590—593. 1913.

Nichts Neues.

Engel, Emil: Zur Therapie der Schwangerschaftstoxikose. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 39, S. 1884—1885. 1913.

III para im $V^1/_2$ Schwangerschaftsmonat, die unter dem typischen Bilde einer schweren Peritonitis in die Klinik eingeliefert wurde. Man glaubte, die Ursache in einer geplatzten Pyosalpinx suchen zu müssen und schritt zur Laparotomie. Es fand sich keine Spur einer solchen, sondern eine Dermoidcyste, die entfernt wurde. Trotz der Operation verschlimmerte sich der Zustand andauernd, die Auftreibung des Leibes wurde noch stärker als vorher, der Urinbefund zeigte eine akute hämorrhagische Nephritis. Am 3. Tage nach der Laparotomie wurde durch vaginalen Kaiserschnitt der Uterus entleert. Die Temperatur kehrte schon am nächsten Tage zur Norm zurück. Patientin genas. Da mit dem Moment der Unterbrechung der Schwangerschaft die Genesung begann, handelte es sich also um einen typischen Fall von Schwangerschaftstoxikose. *Jaeger* (München).

Wochenbett:

Hammond, John: The effect of pituitary extract on the secretion of milk. (Die Wirkung des Hypophysenextraktes auf die Milchsekretion.) (*School of agricult., Cambridge.*) Quart. journal of exp. physiol. Bd. **6**, Nr. **4**, S. 311—338. 1913.

Versuche an Ziegen, Schweinen und Kaninchen. Hypophysenextrakt führt zunächst zu einem Anstieg der Milchmenge, der rasch vorübergeht; die Tagesmenge ist nicht wesentlich erhöht, an den folgenden Tagen sogar etwas herabgesetzt. Die lactagoge Wirkung des Hypophysenextraktes ist von der Lactationsperiode und von dem Ernährungszustand des Versuchtieres ihrem Grade nach abhängig; sie ist wahrscheinlich unabhängig von einer Gefäß- oder Muskelwirkung des Extraktes und wohl bedingt durch Beeinflussung der Drüsenepithelien. Nach Pituitrininjektion sind die Alveolen der Kaninchenmilchdrüse stark erweitert, ihre Epithelien abgeflacht. Pituitrin steigert

den Fettgehalt der Milch, und zwar bis zu einer Grenzdosis mit der Pituitrinmenge und der Milchmenge parallel gehend, in der Nachperiode sinkt er bei gleichbleibendem Prozentgehalt der übrigen Milchbestandteile. Das Verhältnis N : Lactose bleibt ziemlich unbeeinflußt. Die Gesamtmenge der nicht fettartigen Bestandteile ist absolut, nicht relativ erhöht. Der Aschengehalt bleibt fast konstant. Der Verf. meint, daß das Pituitrin eine direkte Wirkung auf die Bildung der Vorstufen des Milcheiweißes und der Lactose in der Milchdrüse habe; die Wirkung auf den Fettgehalt sei eine sekundäre. *E. Neubauer.*[M]

Mangiagalli, Luigi: Allattamento. (Das Stillen.) (Assoc. lombarda fra le levatrici, conf. 19. VI. 1913.) Arte ostetr. Jg. **27,** Nr. 20, S. 205—213. 1913.

Die Wichtigkeit des Stillens wird hier vor Hebammen behandelt. Als Walcker in Stuttgart die Hebammenschule übernahm, stillten etwa 23% der Mütter dort, er erreichte fast 100% und eine Gewichtszunahme der Kinder von etwa 132 g am 13. Tag. Die entwickelte Mamma funktioniert unter dem Einfluß eines Stoffes der Placenta und des Ovariums Gravider, wie Experimente zeigen, nach der Geburt wirkt die Saugtätigkeit des Kindes. Beeinträchtigt wird die Funktion der Mamma durch Mißbrauch des Alkohol, aber auch zu reichlich Wasser stört sie; gefördert wird sie durch geeignete, besonders eiweißreiche Ernährung, ferner Hautpflege, Bewegung usw. Mechanisch kann das Stillen behindert sein durch Entwicklungsfehler der Brustwarze, beim Kind durch Hasenscharte, Nasenerkrankungen, Macroglossie, Mundkrankheiten, Facialislähmung, aber auch allgemeine Schwäche des Kindes. Diese Fehler und Störungen sind größtenteils zu heben. *Berberich* (Karlsruhe).

Klages: Praktische Winke für die Leitung der Wochenbettpflege bei Soldatenfrauen. Dtsch. militär-ärztl. Zeitschr. Jg. **42,** H. 18, S. 681—692. 1913.

Verf. empfiehlt durch Bataillonsbefehl zu erwirken, daß zwei Monate vor dem Geburtstermin der Truppenarzt von jeder in Aussicht stehenden Geburt benachrichtigt oder aber die Übernahme der Kosten für eine gegebenenfalls nötig werdende Hinzuziehung eines Zivilarztes auf Medizinalfonds beantragt werde. Hierdurch soll eine bessere Prophylaxe und Überwachung für Geburt und Wochenbett erzielt werden. Medizinisch nichts Neues. • *Hoffmann* (Dresden).

Tumminia, P.: Patogenesi e terapia della infezione puerperale. (Über die Entstehung und die Therapie der puerperalen Wundinfektion.) (*Osp. civ., Palermo.*) Riv. internaz. di clin. e terap. Jg. **8,** Nr. 19/20, S. 208—210. 1913.

Nichts Neues.

Lea, Arnold: Puerperal venous thrombosis after a normal labour, associated with pyrexia, continuing for five months. (Puerperale Venenthrombose nach einer normalen Entbindung mit 5 Monate lang dauernden Temperatursteigerungen.) Proceed. of the roy. soc. of med. Bd. **6,** Nr. 9, obstetr. a. gynaecol. sect., S. 281—284. 1913.

Bericht über einen Fall von Thrombose der beiderseitigen Becken- und Femoralvenen mit Ödem beider unterer Extremitäten, welche in der 7. Woche eines am 12. Tage nach einer normalen Geburt einsetzenden fieberhaften Puerperiums aufgetreten war. 10 Wochen später Bildung eines Abscesses in der Nähe des linken Hüftgelenkes. Schließlich Genesung. *Hall.*

Foetus und Neugeborenes:

Guy: Un nouveau-né géant. (Ein Riesenneugeborener.) Paris méd. Jg. **1912/13.** Nr. 50, S. 553. 1913.

Schwere Geburt mit Steißlage eines Kindes, das 7200 g wog und 65 cm maß. 8 Tage nach der Geburt wog es 6350 g, war sehr lebhaft. Vater und Großvater sehr groß und stark. Mutter mittelgroß, aber sehr kräftig. Ein erstes Kind wog 4000 g. *R. Chapuis* (Genf).

Peller, Sigismund: Der Einfluß sozialer Momente auf den körperlichen Entwicklungszustand der Neugeborenen. (*III. n.-ö. Landesgebärklin. u. Sem. f. soz. Med., Univ. Wien.*) Österr. Sanitätswesen Jg. **1913,** Nr. 38, Beiheft, S. 1—47. 1913.

In der Statistik ist zwischen Erst- und Zweitgeborenen zu unterscheiden, da erstere im Gewicht nachstehen. Kinder wohlhabender Stände zeigen ein größeres Gewicht als

die unehelichen und solche, deren Mütter die letzte Schwangerschaftszeit außerhalb der Klinik in ärmlichen Verhältnissen zugebracht haben. Die Pflege in den letzten Schwangerschaftswochen ist von allergrößter Bedeutung. Die Resultate unter frühreifen Neugeborenen bestätigen obige Ergebnisse. Nach Herkunft zeigt das Land etwas günstigeren Einfluß als die Stadt. Jüdische Neugeborene wiegen weniger als die katholischen der Anstalt. Die durch soziale Momente hervorgerufenen Gewichtsunterschiede sind noch größer als die durch Geschlecht, bzw. die Schwangerschaftsnummer bedingten. Ähnlich verhält es sich mit der Geburtslänge. — Autor sieht in seinen Ergebnissen eine dringende Mahnung zum Schwangerenschutz. *Mohr* (Berlin).

Nobécourt, P., et G. Schreiber: Essais sur le lait albumineux. Les dangers de la privation du sucre chez le nourrisson. (Ernährungsversuche mit Eiweißmilch. Die Gefahren der Zuckerentziehung beim Säugling.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Bd. **15**, Nr. 7, S. 377—403. 1913.

Obwohl nachgerade zur Genüge erörtert sein dürfte, daß die von Finkelstein und L. F. Meyer ursprünglich empfohlene Methode der Eiweißmilchanwendung, die mit einer längeren Periode der Zuckerkarenz verknüpft war, Gefahren und Mißerfolge bringen kann, machen sich die Verff. ein Vergnügen daraus, dies an der Hand von 21 Fällen aus der ersten Zeit der Eiweißmilchanwendung nochmals nachzuweisen. Schließlich berichten sie über die später von Finkelstein und Meyer modifizierten Vorschriften und kommen zum Schluß, daß kein zwingender Anlaß besteht, sich mit einem so komplizierten Nährgemisch eingehender zu beschäftigen. *Ibrahim* (München).

Jaschke, Rud. Th.: Neue Beiträge zur Physiologie und Technik der natürlichen Ernährung des Neugeborenen. (*Univ.-Frauenklin., Gießen.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74**, H. 2/3, S. 494—541. 1913.

Die Ernährung durch die eigene Mutter fördert das Gedeihen des Neugeborenen viel erheblicher als die Ammen- d. h. fertige Frauenmilch, weil das Colostrum reicher an Eiweiß- und Mineralgehalt die Stickstoffbilanz positiv erhält und weil sie dem Aufbau der Knochen größere Mineralmengen zuführt. Kein Tropfen Colostrum soll darum dem Säugling vorenthalten bleiben. Im Gegensatz zu Rietschel plädiert Verf. für die Beschränkung auf 5 Mahlzeiten mit vierstündigen Pausen. Bei Frühgeborenen freilich, bei Kindern unter 2000 g soll dem Kinde in den ersten Tagen ohne Nachtpause stündlich ein Löffel der durch Pumpe entnommenen colostralen Milch zugeführt werden. Zur Bekämpfung der Hypogalaktie trägt die Vermehrung der Tagesmahlzeiten nicht mehr bei als das Leerpumpen der Brüste nach dem Anlegen. Als physiologische Gewichtsabnahme wird von vielen 250 g als oberste Grenze angesehen; dem widerspricht Verf., der 300, 400, ja 500 g noch als „normal" gelten läßt, wenn die Kinder dabei in ihrem Gedeihen nicht gestört sind. Die Höhe des Geburtsgewichts und ein gewisses Trauma bei der Geburt spielen bei der Gewichtsabnahme eine Rolle. Beim Studium der Gewichtskurven konstatiert Verf., daß durchschnittlich nach 10—14 Tagen das Anfangsgewicht erreicht wird: individuelle Verschiedenheiten kommen aber oft vor. Da der Verlust des Wassers schon nach 5—6 Tagen ausgeglichen ist, so ist der Caloriengehalt der Nahrung schon von dieser Zeit an von Wichtigkeit. Ikterus beim Neugeborenen fand Verf. in 65,4% der Fälle. Besonders disponiert zur Gelbsucht sind starke Kinder, dann solche, die ein stärkeres Geburtstrauma erlitten haben. Trotzdem ikterische Kinder mehr Nahrungsmengen verbrauchen, ist ihr Gewichtsanstieg geringer. Den Grund findet Verf. mit Heimann darin, daß der Ikterus mit einer Einschmelzung von roten Blutkörperchen einhergeht und die Heranziehung von anderem Zirkulationseiweiß und damit erhöhten Eiweißbedarf bewirkt. Neben dieser hämatogenen Entstehung des Ikterus ist der zweite Entstehungsmodus, der hepatogene, zuzulassen, denn der herabgesetzte Blutdruck, das Verhalten der Stühle ikterischer Kinder weisen auf Gallenstauung hin. Eine Überfütterung ist in den ersten zwei bis drei Lebenswochen mehr zu fürchten als geringe Grade von Unterernährung. „Hungerfieber" bei Neugeborenen hat Verf. nicht beobachtet. *Landau* (Berlin).

Lagane, Louis: Le béribéri des nourrissons; ses rapports avec l'allaitement. (Beriberi der Säuglinge; ihre Ernährung.) Nourrisson Jg. 1, Nr. 5, S. 282—289. 1913.

Beim Kinde ist die Beriberi ziemlich selten und kommt fast nur bei Säuglingen vor, die von einer an Beriberi erkrankten Frau gestillt werden. Besprechung der Symptomatologie und des klinischen Verlaufes der Säuglings-Beriberi. Die Therapie besteht in dem Abstillen von der beriberikranken Mutter, oder zum mindesten in einer Änderung des fehlerhaften Ernährungsregimes der Mutter. Von 53 Kindern heilten 44 unmittelbar nach dem Abstillen, fünf starben. Zum Schluß Diskussion der verschiedenen Theorien über die Ätiologie der Beriberi. Der Umstand, daß die Ernährung an der Mutterbrust und fehlerhaftes Ernährungsregime der Mutter von zweifellosem Einfluß auf die Entstehung der Krankheit ist, spricht nach Ansicht des Verf. für die alimentäre Theorie der Beriberi. In 11 Fällen angestellte Analysen der Muttermilch ergaben allerdings nur eine Verminderung des Fettgehaltes, einige Male eine Vermehrung der Salze (Kalk und Phosphate). *Lehnerdt* (Halle a. S.).K

Lutz, L.: Sur les inconvénients résultant, pour l'hygiène des nouveau-nés de l'emploi de certaines tétines. (Über die vom Gebrauch gewisser Saugpfropfen herrührenden Störungen der Hygiene der Neugeborenen.) Bull. de l'acad. de méd. Bd. 70, Nr. 33, S. 300—bis 306. 1913.

Die Verwendung von Schwefelchlor bei der Vulkanisation des roten Kautschuks bringt Schädigungen, da unter der Einwirkung von Wasser Salzsäure frei wird und sich der zur Färbung benutzte Quecksilberschwefel löst. Farblose Pfropfen müssen zweimal unter 125° gebracht werden, um das Schwefelchlor und Reste von Benzin zu entfernen. *Mohr* (Berlin).

Phillips, W. D., and M. Thomas Lanaux: The frequency and causes of stillbirth. (Häufigkeit und Ursachen der Totgeburt.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. 66, Nr. 4, S. 286—293. 1913.

Nichts Neues.

Baudouin, Marcel: Un nouveau craniopage vivant: Emi-Lisa Stoll. (Ein neuer lebender Craniopage.) Semaine méd. Jg. 33, Nr. 47, S. 553—555. 1913.

Den 11 in der Literatur beschriebenen Fällen fügt Verf. einen neuen hinzu. Alle Kinder waren mit den Scheitelbeinen zusammengewachsen. Man kann folgende Unterarten unterscheiden: Craniopagen 1. ohne Drehung des Körpers, 2. mit Drehung des Körpers um 180° oder 90°. Um eine Drehung von 90° handelt es sich bei Emi-Lisa: wenn das eine Kind auf dem Rücken liegt, liegt das andere auf der linken Seite. Die Mehrzahl dieser Craniopagen sind weiblichen Geschlechts, namentlich die überlebenden, was wohl darauf zurückzuführen ist, daß sie weniger umfangreich sind und deshalb weniger Schaden bei der Geburt erleiden. Von den 7 bis jetzt als „lebend geboren" bekannten Kindern ist keines so alt geworden wie Emi-Lisa (im August 1913 20 Monate). Die Eltern sind gesund. Die Mutter hatte vorher dreimal normal geboren. Es scheint, daß jedes Kind sein Gehirn hat. Röntgenaufnahme wurde nicht gemacht. Die Kinder sind gut entwickelt, mit Ausnahme der Beine, da sie ja nicht gehen können. — Was die Frage der Möglichkeit einer Operation dieser Kinder (im Jahre 1495 wurde eine solche gemacht) anbelangt, so ist sie zu bejahen. Sie ist auszuführen: 1. wenn eines der beiden zum Sterben kommt, 2. vor Beendigung des zweiten Lebensjahres, um eine vollständige Atrophie der unteren Extremitäten zu verhüten. *Jaeger* (München).

Grenzgebiete.

Neurologie und Psychiatrie:

● **Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen.** Berlin: Springer. 1913. XV, 338 S. M. 8.80.

Eine für den allgemeinen Gebrauch bestimmte Psychopathologie fehlte uns bis jetzt noch; der vorliegende Leitfaden kommt daher einem wirklichen Bedürfnisse entgegen. Jaspers hat sich bemüht, einen umfassenden Überblick über das ganze

Gebiet zu geben. Es ist anzuerkennen, daß Verf. sich bemüht, gegenüber den verschiedenen Lehrsystemen, z. B. dem Kraepelinschen, einen objektiven Standpunkt einzunehmen, doch sind trotzdem einige (Zieten) zu kurz gekommen. Es ist anzunehmen, daß das flott und leicht verständlich geschriebene Buch zahlreiche Freunde finden wird. *Seige* (Partenkirchen).

Bennett, F. C.: Hysteria. (Hysterie.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66**, Nr. 5, S. 362—367. 1913.

Hysterie ist eine funktionelle Neurose, bei der das Gefühl den Willen beherrscht. Erbliche Belastung und geringe Begabung, Mangel an Erziehung und suggestive Einflüsse spielen eine große Rolle. Keine Rasse ist frei von Hysterie, aber am meisten disponiert sind die Romanen. Bei Deutschen und Angelsachsen sind vor allem Paroxysmen viel seltener. Behandlung: Regelung und Vereinfachung der Lebensführung und Suggestion. Im hysterischen Anfall eventuell Apomorphin. Die Hauptsache ist Verbesserung der Rasse. *Hölder* (Tübingen).

Flatau, G.: Zur Psychologie des Schamgefühls. Zeitschr. f. Psychotherap. u. med. Psychol. Bd. **5**, H. 5, S. 269—293. 1913.

Das Schamgefühl wird viel genannt; trotzdem ist es von der Psychologie bis jetzt recht vernachlässigt worden. Es ist ein komplizierter psychischer Vorgang, wir finden es daher erst bei einer höheren Entwickelungsstufe sowohl des Individuums als des Volkes, beim Tier dürfen wir es nicht annehmen. Wir definieren es am besten als einen Seelenzustand, bei welchem unter einem Unlust- und Peinlichkeitsgefühl eine Minderung der Persönlichkeit empfunden wird. Daß Keuschheit und Sittsamkeit einerseits und Schamgefühl andererseits in festen Beziehungen stehen, wird vielfach bestritten. Das sexuelle Schamgefühl ist offenbar heutzutage besonders stark entwickelt. Daher hat auch der Staat ein Interesse daran, es zu schützen. Vom ästhetischen Standpunkte ist die Hüllenlosigkeit keineswegs unbedingt zu befürworten (vgl. Greise, Kranke). Beim Kinde finden wir durch Vererbung die Wurzeln des Schamgefühles, die weitere Erziehung muß dann die richtige Mitte halten, man muß bedenken, daß es eine in der kulturellen Entwickelung begründete notwendige psychische Reaktion ist. Der Begriff des Unzüchtigen in der Kunst ist sehr schwer zu fassen, es verrät sich meist durch die unkünstlerische Form, welche die obszöne Absicht deutlich hervortreten läßt. Über die Nacktkultur ist noch kein abschließendes Urteil zu fällen. *Seige* (Partenkirchen).

Graves, W. P.: Relationship between gynecological and neurological diseases. (Über die Beziehungen zwischen gynaekologischen und Nervenerkrankungen.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169**, Nr. 16, S. 557—567. 1913.

Der Zusammenhang zwischen Frauen- und Nervenleiden ist bisher wegen des ungenügenden Zusammenarbeitens zwischen Gynaekologen und Neurologen nicht richtig gewürdigt worden. Einen bestimmten Einfluß auf das Nervensystem hat die Menstruation; hier spielen die Dysmenorrhöe, Menorrhagien und Amenorrhöe eine wichtige Rolle, indem sie oftmals die Ursachen einer Neurasthenie, einer psychischen Depression und sogar einer Dementia praecox darstellen. Ein Nervenshock oder ein Angstzustand können bisweilen Amenorrhöe hervorrufen. Weiter muß man unterscheiden den Einfluß, den umgekehrt die Menstruation auf bereits bestehende Psychosen und Nervenerkrankungen besitzt. Letztere werden durch die Menstruationszeit meist verschlimmert. Frauen mit kriminellen oder Selbstmordideen setzen in dieser Zeit oft ihre Ideen in Handlungen um. Es ist daher richtig, daß solche Menstruationsstörungen bei Neuropathen gynaekologisch behandelt werden. Bei dem Zusammenhang von funktionellen Neurosen mit gynaekologischen Erkrankungen handelt es sich meist um eine Retroflexio uteri oder Ren mobilis; man soll nur dann operieren, wenn bei bestehender Neurose Beschwerden von seiten des Unterleibes durchaus im Vordergrund stehen (Druck nach abwärts, Kreuzschmerzen, Ausfluß u. a.). Es gibt dann besondere Fälle, bei denen trotz indizierter Operation die Beschwerden nach der Operation nicht aufhören oder auf andere Körperbezirke überspringen. Hier reicht also das Zurückgehen

der Unterleibssymptome nicht aus, um eine automatische Regulation des zentralen Nervensystems hervorzubringen. Ein bestimmter spezifischer innerer Zusammenhang zwischen Genitale und Nervensystem besteht nicht, sondern nur ein ähnlicher wie zwischen Nervensystem und jedem anderen Bezirk des Körpers. Die durch die natürliche oder durch Operation erzeugte Climax bewirkten nervösen Störungen sind teils vasomotorisch, teils psychoneurotisch, indem bei Frauen die Empfindung, nach Erlöschen der Menses zu altern und keine Kinder mehr gebären zu können, bisweilen sogar zu ernsten psychischen Störungen führen kann. Echte Psychosen können durch gynaekologische Behandlung nicht geheilt werden, doch kann der psychische Zustand durch Beseitigung der auf gynaekologischer Basis beruhenden Schmerzen und Beschwerden bisweilen gebessert werden. *Hirschberg* (Berlin).

Gerichtliche Medizin:

Corin, G., et H. Welsch: Sur l'utilisation de la méthode d'Abderhalden pour le diagnostic de la grossesse en médecine légale. (Die Brauchbarkeit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion in der gerichtlichen Medizin.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. **27,** Nr. 8, S. 683—695. 1913.

Die Methode, mit der wässerige Auszüge aus eingetrockneten, von der Geburt herrührenden Blutflecken untersucht wurden, zeigte in 80 Fällen ein positives Ergebnis. Das Alter des Blutes schien keinen Einfluß auf die Schärfe der Reaktion zu haben; noch nach 65 Tagen erwies sich das Material als brauchbar. Verff. sind der Ansicht, daß die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion nur dann spezifisch ausfällt, wenn das Schutzferment in Gemeinschaft von Alexinen vorhanden ist. Die Alexine aber werden sowohl durch Erhitzung des Serums auf 60° als auch durch Eintrocknung des Blutes zerstört. Daher muß man ebenso wie dem durch Erhitzen inaktivierten Serum einer Schwangeren, auch dem durch Eintrocknung inaktiv gewordenen Blut irgendein indifferentes Serum hinzufügen. Verff. benutzten hierzu das Serum von Kaninchen, und zwar nur von männlichen Tieren, damit die durch etwaige Schwangerschaft mögliche Fehlerquelle sicher ausgeschaltet werden konnte. Die technischen Einzelheiten sind ausführlich geschildert. *Holste* (Stettin).

Soziales. Statistik:

Ekstein, Emil: Über die zwanglose Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle und ihrer sozial-hygienischen Bestrebungen. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 46, S. 1684—1686. 1913.

Verf. hält die Neugründung der genannten Vereinigung für nicht zeitgemäß, da sie eine Kräftezersplitterung herbeiführt. Für die Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens, aus deren Mitte der neue Verein hervorgegangen, muß zunächst die erste Aufgabe sein, das Hebammenwesen auf die gewünschte Höhe zu bringen. Ist dies Ziel erreicht, dann kann die Frage der Förderung der Wöchnerinnenasyle mit ihrer ganz wesentlichen sozial-hygienischen Bedeutung sowie den übrigen Fragen der Geburts- und Wochenbetthygiene nähergetreten werden. *Sieber* (Danzig).

Gitermann, M.: Die unentgeltliche Geburtshilfe der Stadt Zürich. Concordia Jg. **20,** Nr. 22, S. 438—440. 1913.

Die Stadt Zürich leistet Frauen, die seit einem Jahr in Zürich niedergelassen sind und die entweder vermögenslos oder auf ein Einkommen von nicht mehr als 2000 Fr. angewiesen sind, unentgeltliche Verpflegung in der kantonalen Frauenklinik oder Ersatz der Hebammenkosten bei Hausgeburten sowie in pathologischen Fällen auch Ersatz von Arzt- und Arzneikosten. In dem städtischen Voranschlag für 1912 sind für 2000 Geburten in der Frauenklinik 30 400 Fr. und für 400 Hausgeburten 10 000 Fr. vorgesehen. Durch die Leistungen der Krankenversicherung wird diese Aufgabe der Stadt Zürich wesentlich entlastet. *Hoffmann* (Dresden).

Kopp, Karl: Zur Frage des Bevölkerungsrückganges in Neupommern. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. Bd. **17**, Nr. 21, S. 729—750. 1913.

Der fast in allen Teilen des deutschen Südseeschutzgebietes beobachtete Bevölkerungsrückgang macht sich auch in Neupommern bemerkbar. Die Ursache dieser Erscheinung ist nicht auf eine Degeneration der dortigen Bevölkerung zurückzuführen, sondern auf eine auffallende Kurzlebigkeit der Eingeborenen, die bedingt ist durch die vollkommene Unkultur und den sich daraus ergebenden Mangel an jeglicher Hygiene, sowie durch eine Anzahl chronischer Krankheiten (Ankylostomiasis, Malaria, Framboesia usw.). *Jaeger* (Leipzig).

Bogusat: Im Kampfe gegen Tuberkulose, Säuglingssterblichkeit und Alkoholmißbrauch. Soz. Hyg. u. prakt. Med. Jg. **21**, Nr. 24, S. 441—443. 1913.

Garnier: La question de la dépopulation à la S. H. E. (Die Frage der Entvölkerung in der S. H. E. (Société d'Hygiène de l'enfance.) Bull. mens. de la soc. d'hyg. de l'enfance Jg. **27**, Nr. 221, S. 82—85 u. Nr. 224, S. 129—133. 1913.

Die französische Entvölkerung ist wohl bekannt. Wie kann man sie bekämpfen? Durch einen energischen Feldzug gegen Alkoholismus, Syphilis, Tuberkulose; durch die hygienische Besorgung der Gebärenden, der Neugeborenen. Die S. H. E., sagt Verf., ist an der Spitze der Bewegung. *R. Chapuis* (Genf).

French, H. C.: Syphilis, its dangers to the community, and the question of state control. (Syphilis, ihre Gefahren für das Gemeinwohl und die Frage nach ihrer staatlichen Kontrolle.) Lancet Bd. **2**, Nr. 13, S. 914—917 u. Nr. 14, S. 990—994. 1913.

Statistisches Jahrbuch für das Großherzogtum Baden. Herausgegeben v. Großh. Statistischen Landesamt. Jg. **41**. Karlsruhe 1913. 421 S.

In dem Jahrbuch interessieren den Gynaekologen vor allem die Angaben über die „Geburtshilfe 1902—1911". Hier findet man Mitteilungen, wie sie kaum aus einem zweiten Bundesstaate veröffentlicht werden. Zunächst erfährt man über die Niederkünfte nach ihrer Nummer, daß von 63 031 Niederkünften es sich im Jahre 1911 bei 13 828 um die erste, bei 11 742 um die zweite, bei 9207 um die dritte, bei 7422 um die vierte, bei 18 647 um die fünfte bis zehnte und bei 2185 um die elfte und öftere Entbindung gehandelt hat. In 886 Fällen kamen im Jahre 1911 Zwillinge, in 6 Fällen Drillinge zur Welt. Nach dem Fruchtalter der Kinder gruppieren sich die Niederkünfte im Jahre 1911 folgendermaßen: Vor dem 7. Monat (unzeitig) 2626, vom 7. bis 10. Monat (frühzeitig) 2874, im 10. Monat (rechtzeitig) 57 531. Von den Niedergekommenen des Jahres 1911 starben 170 an den Folgen der Entbindung oder des Wochenbetts, darunter 91 an Kindbettfieber. Von den 61 248 frühzeitig und rechtzeitig Geborenen kamen 1586 tot zur Welt. Über die Ernährungsart der Neugeborenen des Jahres 1911 wird mitgeteilt: Von den lebenden Kindern wurden 48 941 durch die Mütter und 90 durch eine Amme gestillt; 8924 wurden nicht gestillt; keine Angaben finden sich über 1707 Kinder. *Fischer* (Karlsruhe).

Die Entbindungsanstalten im Jahre 1912. Statistische Mitteilungen über das Großherzogtum Baden. Jg. 1913, S. 121.

Ende 1912 waren im Großherzogtum Baden 21 Entbindungsanstalten mit 336 Betten für Wöchnerinnen und 236 für Neugeborene vorhanden. Die Zahl der tätigen Ärzte betrug 37, die des Wartepersonals 118 und die des Dienstpersonals 41. Von den Anstalten gehören 2 dem Staat, 2 dem Badischen Frauenverein, 2 sonstigen Vereinen, 14 Privatpersonen und 1 war Stiftungsanstalt. Während des Jahres 1912 wurden 4795 Wöchnerinnen an 70 661 Tagen verpflegt; die Zahl der Verpflegungstage der Neugeborenen betrug 43 352. Entbunden wurden 4591 Frauen, von denen 61 an Kindbettfieber, 362 an sonstigen Affektionen erkrankten; von ersteren starben 11, von letzteren 15. Die Zahl der unzeitigen Geburten belief sich auf 261 und die Ziffer der geburtshilflichen Operationen auf 951, davon starben 23 Frauen. Zangengeburten kamen 167, Nachgeburtslösungen 150, Beckenendlage 142, Einleitung der künstlichen Frühgeburt 134, Kaiserschnitt 106 und Wendung 103 mal vor; in 48 Fällen war Dammnaht, in 33 Zerstückelung des Kindes und in 31 Erweiterung der Scheidenhöhle nötig. Von den 4381 Neugeborenen kamen 217 tot zur Welt, 111 starben nach der Geburt. Außer den genannten Anstalten bestanden noch 5 Unterabteilungen in allgemeinen Krankenanstalten mit 45 Betten für Wöchnerinnen und 33 für Neugeborene; hier wurden 422 Mütter verpflegt. *Fischer* (Karlsruhe).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
sowie deren Grenzgebiete.
Band III, Heft 14. S. 609—640

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Zondel, C. E.: Infantilism. (Infantilismus.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 5, S. 681—687. 1913.

Unter der Einteilung des Autors sind als mit Infantilismus der Geschlechtsorgane verbunden zu erwähnen: Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion. 1. Thyreoidea, Kretinismus oder infantiles Myxödem; 2. Zirbeldrüse. Zu unterscheiden ist der vordere Teil der Drüse, der wohl mit dem Wachstum des Skelettes in Verbindung steht, von dem mittleren oder hinteren, die von dem Zentralnervensystem abstammen. Bei Fehlen des Hinterlappens große Toleranz für Zucker. Da trotzdem die Diagnose unsicher, hat die Kur mit Extrakt der ganzen Drüse zu erfolgen, womöglich vor deutlicher Ausbildung des sexuellen Infantilismus. Besondere Kennzeichen: lange Hände gegenüber den großen, breiten Fingern bei Akromegalie, den kurzen, breiten bei Myxödem. *Mohr* (Berlin).

Schröder, Robert: Über die zeitlichen Beziehungen der Ovulation und Menstruation. (Zugleich ein Beitrag zur Corpus-luteum-Genese.) (*Großherzogl.-meckIenburg. Univ.-Frauenklin., Rostock.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **101**, H. 1, S. 1—35. 1913.

Verf. berichtet über vergleichende Untersuchungen am Endometrium und Corpus luteum von 100 Fällen, von denen 69 regelmäßig, 11 Fälle unregelmäßig menstruiert waren, jedoch auch noch deutlich die Übereinstimmung mit den Corpus luteum-Zyklus zeigten. Als Färbung für das Ovarium wurde die Methode von Bielschowsky - Hörmann bevorzugt. Menstruationsanamnese, Endometriumphase und Corpus luteumphase stimmen demnach in folgender Weise zeitlich überein: 1. Menstruationsanamnese ergibt den 15.—20. Tag nach Beginn der Menstruationsblutung. Das Endometrium zeigt die Charakteristika von Intervallmitte oder Intervallende. Das Corpus luteum macht seine ersten Entwickelungsstadien durch. Seine Zeichen sind kleine, allmählich größer werdende Granulosazellen mit allmählich zunehmender Fältelung der Schicht, dazwischen reichlich rote Blutkörperchen; beginnende Auffaserung der Grenzfasermembran, Umbiegen feinster Fibrillen in radiärer Richtung. Keine oder allmählich entstehende innere Begrenzung. Erster Beginn der Kapillarenbildung. Große, allmählich kleiner werdende Theca interna-Zellen, schließlich beginnende Formierung der Thecazellen in charakteristische, konzentrisch sich anordnende Felder. 2. Menstruationsanamnese ergibt den 18.—25. Tag. Endometrium: Prämenstruum Anfang bis Mitte. Reifes Corpus luteum: Breite, großzellige, stark gefaltete Granulosa mit feinsten Fibrillen und Kapillaren, hauptsächlich radiär ziehend; zarte, aber deutlich ausgebildete innere Bindegewebsbegrenzung; deutlich gefelderte, kleinzellige, periphere Theca interna. 3. Menstruationsanamnese ergibt den 24.—28. Tag. Endometrium: Prämenstruumende, anatomische Menstruation. Corpus luteum voll ausgebildet und voll organisiert. Ähnliche Granulosa wie bei 2, jedoch reichlicher Fibrillen radiär und quer, jede Zelle feinstens umspinnend, reichlich quere Kapillaranastomosen; sehr gut ausgebildete innere Bindegewebsgrenze; deutliche kleinzellige Thecazellenfelder. 4. Menstruationsanamnese ergibt den 1.—14. Tag. Endometrium: Postmenstruum I und II, Intervallanfang. Corpus luteum in Rückbildung. Granulosazellen in Schrumpfung, zersprengt durch fortdauernd zunehmendes Fibrillenwachstum. Dickerwerden der inneren Bindegewebslage und von da aus Kernorganisation. Theca interna sehr

deutlich in peripheren Feldern, ihre Zellen heller und gut ausgebildet. Daraus läßt sich der Schluß ziehen, daß der reife Follikel in der Zeit vom 14.—16. Tage vom Beginn der Blutung ab gerechnet platzt, und daß das nun sich rasch bildende Corpus luteum normalerweise mit der Prämenstruumschwellung der Schleimhaut zeitlich zusammenfällt und wohl auch die auslösende Ursache für diese Umwandlung ist. Das befruchtete Ei muß also von der letzten vollgültigen Regel stammen. Schröder betont, daß er seine Untersuchungen früher als Robert Meyer und unabhängig von ihm begonnen habe, jedoch im wesentlichen zu denselben Resultaten gekommen sei wie jener.

Hofstätter (Wien).

Völker, Ottomar: Eine Modifikation der van Giesonschen Färbung. Zeitschr. f. wiss. Mikroskop. u. mikroskop. Techn. Bd. **30,** H. 2, S. 185—187. 1913.

Der Verf. gibt eine Modifikation der van Giesonschen Säurefuchsin-Pikrinsäurefärbung an, da die alte Methode nicht immer zuverlässige Bilder über die Anordnung der feinsten kollagenen Bindegewebsfasern ergibt. Seine Abänderung der ursprünglichen Färbemethode besteht in einer vielfachen Verdünnung der Stammlösungen; er empfielt eine 0,1 proz. wässerige Pikrinsäurelösung und eine 0,1 proz. wässerige Säurefuchsinlösung vorrätig zu halten, von denen er 100 Teile der ersteren mit 0,5—1 Teil der zweiten mischt. In dieser Mischung läßt er die mit Hämatoxylin vorgefärbten, oder auch nicht vorgefärbten Schnitte 12 Stunden und auch länger liegen. *Schauenstein* (Graz).

Grober: Behandlung akut bedrohlicher Erkrankungen. Ein Zyklus klinischer Vorträge. 1. Behandlung akuter schwerer Anämie. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 47, S. 2281—2283. 1913.

Bei der Behandlung schwer anämischer Zustände gilt es, zunächst die subjektiven Beschwerden der Kranken zu beseitigen. Hierzu werden O-Inhalationen und Narkotica (Morphium, Pantopon) als sehr brauchbar empfohlen. Durch intravenöse Zufuhr defibrinierten Blutes in größeren (150—200 ccm) oder kleineren (5—10 ccm) Mengen, durch Autoinfusion und die verschiedenen Arten der Infusion von physiologischer NaCl-Lösung oder von Lockescher oder Ringerscher Lösung gelingt es oft ebenfalls, eine Erleichterung der Beschwerden zu erzielen. Gegen gleichzeitig vorhandene Herzschwäche haben sich heiße Alkoholica (Cognak, Rum) und heißer starker Kaffee besonders bewährt; ebenso stündliche subcutane Campher- und Coffeininjektionen. Digalen und Strophantin versagen öfter bei anämischen Zuständen. Wichtig sind ferner: reichliche Wärmezufuhr, sorgfältige Pflege und kräftige, aber vorsichtige Ernährung. Neben dieser symptomatischen Behandlung darf die kausale Therapie (Kompressionsverbände, Tamponade, blutstillende Mittel usw.) nicht vergessen werden.

Jaeger (Leipzig).

Bornstein: Zur Behandlung der Alveolarpyorrhöe bei Chlorose, Anämie und sonstigen Stoffwechselkrankheiten. Frauenarzt Jg. **28,** H. 11, S. 482—483. 1913.

Der Autor bespricht eingehend die Diagnose der auch schon bei jüngeren Individuen namentlich bei Chlorose, Anämie, überhaupt bei allen Schwächezuständen, ferner bei den Stoffwechselkrankheiten auftretenden Alveolarpyorrhöe sowie deren Behandlung, wie sie von jedem Arzt bei Fehlen spezialistischer Hilfe ausgeübt werden kann. Genaueres muß im Original nachgelesen werden. *Moraller* (Berlin).

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Girol, Sébastian Recasens: L'homoorganothérapie dans le traitement de quelques gynécopathies. (Die Homoorgantherapie bei der Behandlung einiger Frauenleiden.) Arch. mens. d' obstétr. et de gynécol. Jg. **2,** Nr. 10, S. 170 bis 178. 1913.

Verf. berichtet über seine Versuche, gewisse gynaekologische Beschwerden durch Injektion der Extrakte menschlicher Ovarien zu heilen, da bei der Organtherapie bekanntlich die Organe derselben Species am wirksamsten sind. Der Ovarienextrakt wird in Ampullen steril zur Injektion hergestellt. Verf. benutzt zu dem Extrakt die Ovarien myomkranker Frauen, denn er glaubt, daß das Myomwachstum auf einer Hyperaktivität der Ovarien beruhe und hält deshalb die Ovarien bei Myom für besonders

wirksam. Auf Grund der von ihm angenommenen Wechselwirkung zwischen Wachstum des Uterus und Funktion der Ovarien wendet Verf. die Injektionen bei Dysmenorrhöe und Amenorrhöe an, wenn dieselben auf Infantilismus der Genitalorgane beruhen. Einige beigefügte Krankengeschichten beweisen Erfolge der Therapie. *Friedrich.*

Allgemeine Diagnostik:

Gale, S. S.: Internal injuries of the abdomen. (Innere Bauchverletzungen.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18**, Nr. 14, S. 344—347. 1913.

Nebst der Wichtigkeit genauer anamnestischer Erhebungen über den Hergang und die ersten Äußerungen der Verletzung betont Verf. die Wichtigkeit folgender fünf Kardinalsymptome, die zur Frühdiagnose verhelfen; denn nur diese kann lebensrettende Resultate bringen: 1. Fortleitung der auskultatorischen Herz- und Atmungsgeräusche auf das Abdomen. 2. Fehlen peristaltischer Geräusche (weniger sicher). 3. Empfindlichkeit. 4. Bauchdeckenstarre (kann in schlimmen Fällen fehlen, andrerseits unbedeutende Muskelkontusion bedeuten). 5. Schmerz (unzuverlässig nach Qualität und Lokalisation). Zu diesen fünf, einem Vortrag von E. B. Claybrock entnommenen fügt er 2 weitere eigene Symptome: 1. Sinken des Hämoglobingehalts als Zeichen innerer Blutung; 2. Sinken des Blutdrucks. Jeder Bauchverletzte soll außerdem katheterisiert werden. *Michael* (Leipzig).

Pollosson, Auguste: Des fausses gynécologiques. (Gynaekologische Fälschungen.) (*Charité, Lyon.*) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. **24**, Nr. **22**, S. 344—346. 1913.

Es finden sich oft Frauen, die ihre Beschwerden in Beziehung zu den Genitalorganen bringen, in Wirklichkeit aber gehen sie vom Darm, den Harnwegen usw. aus. Man wird derartige „gynaekologische Fälschungen“ am besten herausfinden, wenn man sich daran gewöhnt, eine recht genaue Anamnese zu erheben. Verf. bespricht nun ausführlich den Modus procedendi beim Erheben der Anamnese. *Frankenstein* (Köln).

Allgemeine Therapie:

Calatayud Costa, C., La roentgenothérapie des fibromyomes utérins. (Die Röntgenotherapie der Uterus-Fibromyome.) (6. congr. internat. d'électrol. et de radiol. gén. et méd., Prag.) Journal de radiol. Bd. **7**, Nr. 1, S. 39—51, Nr. 2, S. 113—148 u. Nr. 3, S. 201—226. 1913.

Die Röntgentherapie bedeutet einen großen Fortschritt in der Behandlung der Fibromyome, indem sie eine häufige und schwere Erkrankung in vielen Fällen vor einem blutigen Eingriff bewahrt und der Patientin gefahrlos über die Menopause hinweg hilft. Die Ursachen der Wirkung durch die Röntgenstrahlen sind: 1. Empfindlichkeit der Ovarien ihnen gegenüber ev. dadurch bedingte Atrophie (Rückbildung der Myome aus Mangel an Ernährung). 2. Zerstörung des neoplastischen Gewebes und der dasselbe versorgenden Blutgefäße. 3. Sklerosierung der Uterusschleimhaut. Die innere Sekretion wird nicht beeinflußt. Die noch öfter beobachteten Schädigungen durch die Röntgenstrahlen lassen sich durch gute Technik, häufige und strenge Ausdosierungen der Röhren, Vermeidung zu großer Dosen, Einfügung größerer Pausen immer mehr und mehr vermeiden. Die Gefahren sind aber dem Publikum nicht vorzuenthalten, damit es vor gewissenlosen Pfuschern bewahrt bleibe. *Immelmann* (Berlin).

Dautwitz, Fritz: Radiumbehandlung in der Chirurgie und Dermatologie. (Bericht über die in Joachimsthal erzielten Erfolge mit Radiumtherapie.) Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 41, S. 1662—1664. 1913.

Die Applikation der Radiumkapseln erfolgte auf der Körperoberfläche oder in zugängigen Körperhöhlen, nie intratumoral. Verwendet wurden sämtliche, auch die weichen Strahlen des Radiums. Vollkommene Rückbildung wurde erzielt bei einem Hautkrebs der rechten Ohrmuschel, einem Hautkrebs der Wange und multiplen Hautkrebsen des Gesichts. Besserung wurde bei 4 maligen Lymphomen des Halses, bei Magencarcinomrezidiven, einem Pyloruskrebs, Rectum- und Uteruscarcinom beobachtet. Vollständig refraktär verhielten sich einige Fälle von Quercoloncarcinom und ein Magencarcinom. Nähere Zahlenangaben über die Anzahl der Fälle sind nicht gemacht.

Die Radiumbehandlung soll nur für inoperable Fälle reserviert bleiben, bei diesen aber möglichst frühzeitig ausgeführt werden. Außerdem sollen prophylaktische Nach-

bestrahlungen nach Krebsoperationen vorgenommen werden. Operable Carcinome dürfen nur bestrahlt werden, wenn der Patient zur Operation seine Einwilligung nicht gibt. Stets müssen hohe Dosen verwendet werden. Nebenerscheinungen, wie Hautschädigung und Störungen des Allgemeinbefindens nach den Bestrahlungen sind bei der Schwere des Grundleidens ruhig in Kauf zu nehmen *Schlimpert* (Freiburg i. B.).

Simmonds, M.: Über Mesothoriumschädigung des Hodens. (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 47, S. 2291—2292. 1913.

Pagenstecher, Alexander: Über die praktische Identität von Radium und Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 46, S. 2562—2563. 1913.

Radium und Mesothorium sind durch Röntgenstrahlen zu ersetzen. Die Kathodenstrahlen der Röntgenröhre sind den β-Strahlen des Radiums vergleichbar. Ähnliche Geschwindigkeit wie die β-Strahlen, aus denen die γ-Strahlen entstehen, haben die Kathodenstrahlen, aus denen die Röntgenstrahlen entstehen (Pohl). Bei 100 000 und 200 000 Volt Spannung ist bereits ein großer Teil der Elektronen, die beim Radium und Mesothorium γ-Strahlen erzeugen, im Röntgenrohr als Kathodenstrahlen vorhanden. Messungen vom Verf. und Löwenthal ergaben, daß schon bei der üblichen Betriebsspannung (80 000—100 000 Volt) erhebliche Mengen härterer Strahlen auftreten, die noch hinter 3 mm Blei nachweisbar sind. Diese überharten Röntgenstrahlen, die den γ-Strahlen analog sind, werden zur Tiefentherapie empfohlen. Versuche an verschiedenen Carcinomen beweisen die praktische Gleichwertigkeit der überharten Röntgenstrahlen mit den γ-Strahlen des Radiums, welche stets eine gewisse Überlegenheit infolge ihres hohen Durchdringungsvermögens behalten. Auf überhärteste Röntgenstrahlen, wie sie nur durch kolossale Spannungen erzeugt werden können, dürfte jedoch im Hinblick auf den geringen therapeutischen Wert (minimale Absorption) verzichtet werden. *Dorn* (Kempten).

Menard, Maxime: Sur un moyen certain d'éviter les brûlures par les rayons de Röntgen. (Über ein sicheres Mittel, die Verbrennungen durch die Röntgenstrahlen zu vermeiden.) Arch. d'électr. méd. Jg. **21**, Nr. 370, S. 500 bis 504. 1913.

Ménard, Maxime: Sur un moyen certain d'éviter les brûlures par les rayons de Roentgen. (Über ein sicheres Mittel, die Verbrennungen durch die Röntgenstrahlen zu vermeiden.) Bull. méd. Jg. **27**, Nr. 89, S. 981—982. 1913.

Die Röhre und der Patient werden hinter einen dreiteiligen, innen mit 4 mm starkem Blei ausgeschlagenen Wandschirm gestellt, dessen mittlerer, dem Arzt zugewendeter Teil einen ca. 40 × 50 cm großen Ausschnitt hat, vor den der ausbalancierte Bariumschirm bei der Durchleuchtung gehalten wird. Bei der Aufnahme kommt in diesen Ausschnitt die Kassette mit der Platte hinein. Vor diese kann dann noch ein ebenfalls 40 × 50 cm große und ausbalancierte Bleiplatte gebracht werden, so daß auch während der Aufnahme keine Röntgenstrahlen den Arzt treffen können. Der Arzt trägt weiterhin Handschuhe, welche aus einem 4-mm-Kautschukgewebe bestehen, in das Metallsalze von sehr hohem spezifischem Gewicht hineingebracht sind, so daß selbst die härtesten Strahlen nicht hindurchdringen können. *Immelmann* (Berlin).

Ziegler, Joseph: Zum Wert des Gasunterbrechers und des Bauerschen Qualimeters. (*Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21**, H. 2, S. 154—159. 1913.

Von der Firma Reiniger, Gebbert u. Schall, Erlangen, wird unter dem Namen Apex-Gasunterbrecher ein Quecksilber-Unterbrecher hergestellt, bei dem durch Zuführung von Leuchtgas die Verschlammung des Quecksilbers fast vollständig aufgehoben und das Auftreten von Schließungslicht unterdrückt wird. Das gute Funktionieren dieses neuen Unterbrechers kann durch das Bauersche Qualimeter bewiesen werden; der Zeiger desselben steigt und fällt proportional mit der nach den üblichen Instrumenten gemessenen Röhrenhärte. *Immelmann.*

Dupont, Robert: L'air chaud, l'air surchauffé et la vapeur en gynécologie. (Die heiße und überhitzte Luft und der Dampf in der Gynaekologie.) Arch. mens. d'obstétr. Jg. **2**, Nr. 10, S. 182—206. 1913.

Im ersten Teil der Arbeit werden die verschiedenen Apparate zur Heißluft- und Dampfbehandlung genauer beschrieben. Man erhitzt entweder die die entsprechende Körperpartie umgebende Luft oder wendet eine Heißluft- oder Dampfdusche an.

Hierauf folgt eine nähere Betrachtung über die Anwendung der Heißluft bei den verschiedenen Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane mit Zufügung von Krankengeschichten. Als Ergebnis findet Dupont, daß die Behandlung mit Dampf nicht anzuraten ist, weil sie gefährlich ist und inkonstante Resultate liefert, dagegen wird die Heißluftbehandlung in der Gynaekologie ihren Platz behaupten. Bei Temperaturen bis zu 50° ist sie besonders bei chronischen Exsudaten des Beckens zu empfehlen, wo sie schmerzlindernd wirkt und die Resorption begünstigt. Die überhitzte Luft leistet große Dienste bei inoperabeln Carcinomen mit starker Nekrose; bei Metritis und Metrorrhagien wendet man mit Vorteil die heiße und überhitzte Luft kombiniert an. *Bretz* (Bonn).

Bail, Oskar: Über Serotherapie und ihre Grundlagen. (Vollvers. d. Zentralver. dtsch. Ärzte in Böhmen, Brünn, 19. X. 1913.) (*Hyg. Inst. d. dtsch. Univ. Prag.*) Prag. med. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 47, S. 648—650. 1913.

Bräutigam: Erfahrungen mit Valamin, einem neuen Beruhigungs- und Einschläferungsmittel. (*Elisabeth-Diakon.-Krankenh., Berlin.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 47, S. 2302—2303. 1913.

Ellingwood, Finley: Some uses of gelsemium. (Über einige Verwendungsmöglichkeiten von Gelsemium.) Prescriber Bd. **7**, Nr. 85, S. 275—277. 1913.

Gelsemium ist ein Antispasmodicum und sollte mehr verwendet werden bei allen möglichen Erregungszuständen: bei Entzündungen, Peritonitis, Mastitis usw., bei Influenza, Nephritis, besonders bei spastischen Urethralschmerzen, bei Cystitis, Neuralgie, Epilepsie, Migräne, Ischias. Es ist unwirksam bei Eklampsie. Toxische Dosen, die sehr hoch liegen, machen Lähmungen, beginnend mit Exophthalmus und Ptosis der Augenlider. (Kurze Aneinanderreihung der Indikatinoen ohne Belege.) *Happich.*

Harrower, Henry R.: The therapeutics of the pituitary hormones. (Die therapeutische Verwendung der Hormone der Glandula pituitaria.) Med. council Bd. **18**, Nr. 11, S. 422—425. 1913.

Verf. empfiehlt die Anwendung der Präparate der Glandula pituitaria bei Zuständen von Kollaps und Shock, bei Atonie und Parese des Darmes, besonders postoperativ; als uterines Tonikum und Hämostatikum; in kleineren und häufigeren Dosen zur Bekämpfung asthenischer Zustände und als Diuretikum und Galaktagogum. *Hall* (Graz).

Pick, J.: Meine Erfahrungen mit Styptol. Gynaekol. Rundschau Jg. **7**, H. 22, S. 831. 1913.

Es wird darauf hingewiesen, daß das Styptol vielfach in zu niedriger Dosis angewandt wird. Die langjährige Erfahrung hat gezeigt, daß höhere Dosen, selbst 12—15 Tabletten, ausgezeichnet vertragen worden. Verf. verordnet durchschnittlich 3—4 mal täglich 3 Tabletten, die er zerkaut in Wasser nehmen läßt. Zum Beweis der guten Resultate wird eine kurze Zusammenstellung der beobachteten Fälle gegeben. *Benthin* (Königsberg i. Pr.).

Allgemeine Chirurgie:

Robb, Hunter: Iodine in sterilization of the skin. (Die Joddesinfektion der Haut.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 324—327. 1913.

Versuche an Menschen und an Hunden. Bei 15 Hunden, deren Bauchhaut mit Jodtinktur bestrichen war, fanden sich die in verschiedenen Zeitabständen entnommenen Hautabschabungen in 73,7% der Fälle steril, in 46,9% fanden sich Staphylococcen albus. Wurde die Jodtinktur hinterher durch Abreibungen mit 1 proz. Jodkaliumlösung entfernt, so waren die Abschabungen nur in 6,7% der Fälle steril, und in 7,1% fanden sich Staphylococcen albus. Bei 21 Patienten waren die entsprechenden Resultate bei Jodtinkturbehandlung 86,4% sterile und 4,8% Staphylococcen albus enthaltende Abschabungen. Bei nachträglicher Entfernung der Jodtinktur durch Jodkalium ergeben sich nur 57,6% sterile und 33,6% Staphylococcus albus-Kulturen. Bei 36 Operationen an Hunden mit folgender Desinfektionsmethode: Bad, Abwaschen mit Seife, Alkohol und Äther, 10—15 Minuten langes Auflegen einer 1 : 1000 Sublimatkompresse heilten 86% der Wunden per primam. Von 14 mit Jodtinktur desinfizierten Hunden hatten nur 36% ungestörte Wundheilung. Der Verf. schließt: Es gibt noch keine sichere Methode, die Haut zu sterilisieren. Die Jodtinktur hindert zwar die Entwicklung von Keimen. Sie ist nicht die Methode der Wahl, sie sollte nur angewendet werden, wenn kompliziertere Methoden kontraindiziert sind. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Mehlhorn, W.: Erfahrungen mit der Pantopon-Scopolaminnarkose. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39,** Nr. 45, S. 2197—2199. 1913.

Erfahrungen mit der Pantopon-Scopolaminnarkose in 225 Fällen bei größeren Operationen. Dosierung: bei weniger robusten Patienten 0,005, bei kräftigen 0,006 Scopolamin + 0,02 Pantopon. Technik: Am Abend vor der Operation 0,5 Medinal oder Veronal. 2 Stunden vor der Operation 0,02 Pantopon, nach 1 Stunde nochmals 0,02 Pantopon + 0,005 oder 0,006 Scopolamin subcutan oder intramuskulär; bei sehr schwachen Patienten nur 0,004 Scopolamin. Sorge für möglichst große Ruhe der in einem verdunkelten Zimmer isolierten Patienten. Einleitung der Inhalationsnarkose im Bett mit Äther, in manchen Fällen etwas Chloroform zum Annarkotisieren nötig. Ein Teil der Patienten schläft, ohne es zu merken ruhig ein, bei anderen trat zu Beginn der Narkose eine Art Exzitation auf, so daß Chloroform zu Hilfe genommen werden mußte. Nach Eintritt tiefen Schlafes ist der weitere Verlauf der Narkose ideal ruhig. Fortführung der letzteren mit der Stoeckl inschen Maske. Verbrauchte Äthermenge: 40—175 g. Bei Kindern, sehr alten Leuten und schweren Herzfehlern kein Scopolamin, bei letzteren Morphium-Atropin oder Pantopon-Atropinschwefelsäure. Salivation und Cyanose fast nie beobachtet. Bei Eiloperationen sofortige Injektion von 0,02 Pantopon + 0,005—0,006 Scopolamin unmittelbar vor der Operation. Postoperative Wirkung: 7—9stündiger Schlaf nach dem Eingriff, so daß der Wundschmerz nicht empfunden wird, fast kein Erbrechen, Fehlen jeder Salivation. Trockenheit und Durst nicht größer wie bei jeder anderen Narkose, häufig gar nicht vorhanden, Wegfall schmerzstillender Mittel für die Nacht. Auffallend frühes Auftreten von Darmbewegungen und Flatus bisweilen am Operationstag selbst, stets aber am Tage nach demselben. Begünstigend wirkt das elektrische Heizkissen. Nebenwirkungen: leichte Cyanose in 2—3 Fällen, manchmal etwas verlangsamte Atmung, in einem Fall Arzneiexanthem des Pantopons in Form eines Erythems und Quaddelbildung am ganzen Körper, das aber ohne schädliche Wirkung bald wieder verschwand. Ab und zu leichte Quaddelbildung um die Injektionsstelle herum, die in 1—2 Stunden kaum mehr zu sehen war. An Stelle von Morphium gibt der Autor nur Pantopon, da es den Darm nicht lähmt, nicht zu Erbrechen reizt und keine stopfende Wirkung ausübt. In der Geburtshilfe verwendet er nur Pantopon, kein Scopolamin wegen der Gefahr für die Kinder. *Moraller* (Berlin).

Blumfeld, J.: A critical summary of some recent work on anaesthesia. (Kritische Übersicht über einige neuere Anästhesiearbeiten.) Practitioner Bd. **91,** Nr. 5, S. 619—626. 1913.

Besprechung neuerer Arbeiten über intratracheale Insufflation, Stickoxydul-Sauerstoffnarkose, Lokalanästhesie, Chloroform (physiologische Experimente) usw. Keine eigenen Mitteilungen, nur Übersichtsreferat. *Schmid* (Prag).

Hoffmann, Adolph: Die modernen Anästhesierungsverfahren. (*Chirurg. Univ.-Klin., Greifswald.*) Med. Klinik Jg. **9,** Nr. 49, S. 2010—2014. 1913.

Christian and Sanderson: A mechanical device for blood-vessel anastomosis. (Eine mechanische Erfindung für die Blutgefäßreinigung.) New Orleans med. a. surg. journal Bd. **66,** Nr. 5, S. 382—384. 1913.

Zwei mit feinsten Häkchen versehene Metallringe, welche (ähnlich einem Murphyknopfe) aneinandergepreßt werden, nachdem die Gefäßenden an ihnen befestigt sind. Abbildungen der Ringe und des zugehörigen Halteinstrumentes erläutern den Gebrauch der neuen Erfindung, welche von den Verff. bloß auf Grund theoretischer Überlegungen empfohlen wird; Tierexperimente werden für später in Aussicht gestellt. *Schmid* (Prag).

Vallois: Action heureuse et immédiate de la position ventrale dans deux cas de vomissements graves consécutifs à une opération césarienne et à un accouchement provoqué. (Günstige sofortige Wirkung der Bauchlage bei zwei Fällen von schwerem Erbrechen im Anschluß an einen Kaiserschnitt und an eine künstliche Frühgeburt.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. **2,** Nr. 6, S. 576—580. 1913.

Nach mehreren Autoren hat bei postoperativem Erbrechen die Schnitzlersche Bauchlage gute Dienste geleistet. 2 eigene Beobachtungen:

1. III-Para, Kaiserschnitt wegen Beckenenge, normaler Operationsverlauf; vom nächsten Morgen an 2 Tage langes Erbrechen, das auch nach Magenspülung nicht steht; deshalb Bauchlage, Abgang von Gasen, Erbrechen hört auf. — 2. III-Para, Beckenenge, künstliche Frühgeburt in der 33. Woche; Zangenversuch, Wendung, Kind lebt; schon während der Geburt Erbrechen, nachher Übelkeit, am nächsten Tag wieder Erbrechen von Galle, Bauch ballonartig, hart, schmerzhaft, man denkt an Darmverschluß, Appendicitis und Operation, wogegen Verf. Bauchlage vorschlägt, die sofort Erleichterung und baldiges Aufhören des Erbrechens herbeiführt. *Happich* (St. Blasien).

Crile, George W.: Some newer methods of reducing the mortality of operations on the pelvic organs. (Einige neuere Methoden zur Herabsetzung der Mortalität nach operativen Eingriffen an den Beckenorganen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 17, S. 1501—1504. 1913.

Von der Voraussetzung ausgehend, daß bei operativen Eingriffen die physischen und psychischen Traumata es sind, welche die trotz verbesserter Technik und peinlichster Asepsis noch immer auftretenden ungünstigen Resultate bedingen, hat Verf. eine Methodik ausgebildet, wodurch diese Schädigungen möglichst vermieden werden sollen. Die anteoperativen psychischen Insulte werden durch eine subcutane Morphium-Scopolamin-Injektion etwa 1 Stunde vor der Operation bekämpft. Die Insulte während der Operation werden durch Inhalationsnarkose hintangehalten. Als Narcoticum bevorzugt er das Lachgas. Um die traumatischen Insulte, welche vom Operationsfeld her die Nervenzentren reizen, auszuschalten, wendet Verf. neben der Narkose auch lokale Injektionen von Novokain an. Schließlich werden die physischen Insulte infolge postoperativer Schmerzen durch Einspritzungen eines tagelang wirkenden lokalen Anästheticums (Lösung von Chinin und Urea hydrochloricum), welche entlang der Wundgrenzen gemacht werden, auf ein Minimum reduziert. Der Effekt aller dieser Maßnahmen auf das postoperative Befinden der Patienten besteht in einem Fehlen der Wundschmerzen und schmerzhafter Blähungen, dem Ausbleiben von späteren schmerzhaften Narben und dem Nichtauftreten von nervösen Depressionszuständen.

Hall (Graz).

Polak, John Osborn: The conduct of gynecological and obstetrical operations in the presence of acute and chronic endocarditis. (Die Ausführung gynaekologischer und geburtshilflicher Operationen bei akuter und chronischer Endokarditis.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 300—303. 1913.

Verf. gibt eine Reihe allgemeiner Vorschriften; er rät möglichst vor der Operation einen Internisten zuzuziehen; zu operieren nur in dem Zeitpunkt, wenn der Zustand des Herzens und des Kreislaufes es erlaubt (Blutdruck, Leber- und Nierenfunktion!); das Herz soll vorbehandelt sein; schnell und blutleer operieren unter Verbindung von lokaler und vorsichtiger Allgemeinnarkose (Äther-Sauerstoff); Trendelenburgsche Lage möglichst kurz anwenden usw., ähnliches gilt unter entsprechenden Veränderungen für Geburten.

Happich (St. Blasien).

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Shattuck, George Cheever, and W. Stewart Whittemore: Gonococcus vaccines and glycerine extracts of the gonococcus in the diagnosis of gonorrheal infections. (Gonokokken-Vaccine und Gonokokken-Glycerinextrakte bei der Diagnostik gonorrhoischer Infektionen.) Boston med. a. surg. journal Bd. **169**, Nr. 11, S. 373—378. 1913.

Die konzentrierte Gonokokken-Vaccine der Autoren zeigte gegenüber den bekannten schwächeren keine Vorzüge in bezug auf ihre diagnostische Verwertung. Ihre Gonokokken-Glycerinextrakte, die nach der Pirquetschen Methode eingeimpft wurden, erzeugten in einigen wenigen Fällen bestimmte Papeln, welche als spezifische Reaktion gelten können; in der Mehrzahl der Fälle aber wurde keine entscheidende Reaktion erzielt.

Blanck (Potsdam).

Sommer, Arthur: Die biologische Diagnose der Gonorrhöe. (*Dermat. Univ.-Klin., Breslau.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. Bd. **118**, H. 2, S. 583—612. 1913.

Verf. kommt auf Grund von Untersuchungen mit den verschiedenen Methoden in der Neißerschen Klinik zu folgenden Resultaten. Das Auftreten von Agglutininen hat als Hilfsmittel zur Diagnose keine wesentliche Bedeutung. Größeren Wert hat die Komplementbindungsmethode, besonders in zweifelhaften Fällen, da sie spezifisch ist; ihr positiver Ausfall ist wohl zu verwenden, jedoch spricht das negative Resultat nicht absolut gegen Gonorrhöe. Diese Methode ist recht kompliziert und für die allgemeine

Anwendung ungeeignet. Einfacher zu handhaben ist die Cuti- und die Intracutanreaktion mit Arthigon, doch sind die Ergebnisse damit zu inkonstant, um diesen Methoden erheblichen Wert beimessen zu können. Ebensowenig auch der Ophthalmoreaktion; denn durch Einträufeln von Vaccine in den Conjunctivalsack wird nur selten eine Reizung verursacht. Die bei intramuskulärer Injektion von Arthigon auftretenden Erscheinungen sind gleichfalls nicht eindeutig: die Lokalreaktion ist unbrauchbar, weil abhängig von der subjektiven Empfindlichkeit der Person; die Herdreaktion tritt zu unregelmäßig ein, noch seltener sind die Provokationserscheinungen; nur die hohen Temperaturanstiege sprechen für Gonorrhöe. Bestimmtere Resultate für die Diagnose fand Sommer durch intravenöse Arthigoninjektionen. Er hält eine durch 0,1 Arthigon bedingte Temperaturerhöhung um 1,5° beim Manne für wahrscheinliche, eine Steigung um über 2,5°, ebenso wie das Auftreten einer „Doppelzacke" — Temperaturanstieg auch am folgenden Tag — für sichere Gonorrhöe. Öfters sah Verf. auch eine provokatorische Wirkung auf die Schleimhautprozesse, selbst bei älteren Krankheitsfällen.
Moos (Breslau).

Angle, E. J.: Gonorrhea in the female. Its recognition and treatment. (Die Gonorrhöe beim Weibe. Diagnose und Therapie derselben.) Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 7, S. 568—573. 1913.

Ausführliche Zusammenfassung unserer heutigen Kenntnisse der Gonorrhöe beim Weibe und eingehende Besprechung der Therapie dieser Krankheit. *Hall* (Graz).

Umfrage über die diagnostische Bedeutung der subcutanen Tuberkulinreaktion. R. Schmidt, L. Mohr, H. Eichhorst, O. Müller, P. Krause, A. v. Strümpell und F. Penzoldt. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 48, S. 1986—1987. 1913.

Allgemeines über Geschwülste:

Rosenfeld, Siegfried: Statistik der geographischen Verbreitung des Krebses. Wien. klin. Wochenschr. Jg. **26**, Nr. 37, S. 1469—1476 u. Nr. 38, S. 1501—1508. 1913.

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Nordmann, O.: Die Chirurgie des praktischen Arztes. Verbandtechnik und die Nachbehandlung der Wunden. (*Auguste-Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 49, S. 2030—2032. 1913.

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Smith, Richard M.: Vulvovaginitis in children. (Vulvovaginitis bei Kindern.) (*Massachusetts gen. hosp.*) Americ. journal of dis. of childr. Bd. **6**, Nr. 5, S. 395—362. 1913.

Bericht über 32 Fälle von Vulvovaginitis bei Kindern, bei denen 2 mal der Micrococcus catarrhalis, 30 mal der Gonokokkus die Ursache war. Zur Sicherung der Diagnose wurde in 9 zweifelhaften Fällen mit Erfolg neben dem Ausstrich und kulturellem Nachweis die Komplementfixationsmethode angewandt. Als Infektionsquelle kamen 16 mal infizierte Familienmitglieder, 4 mal Schulkameraden in Betracht, 1 mal handelte es sich um Hospitalinfektion, 5 mal ließ sich die Quelle nicht nachweisen. 4 mal handelte es sich um Vergewaltigungsversuche. 2 Kinder waren schwachsinnig, und in 5 Fällen war die Infektion von schwachsinnigen Kindern übertragen worden. Geheilt wurden 8 Fälle, 1 Kind starb, ehe die Behandlung beendet war, 13 schieden vorher aus der Behandlung aus. 5 wurden als geheilt erklärt, ohne daß aber die lokale Untersuchung diese definitive Heilung sicher festgestellt hatte. 8 Fälle sind noch von 2 Monaten bis 2 Jahren in Behandlung. Verf. schließt mit einem Hinweis auf die große prophylaktische Bedeutung, welche eine rechtzeitige Aufklärung der Ersterkrankten über die Kontagiosität sowie die Übernahme der sozialen Fürsorge für viele dieser von ihren Eltern vernachlässigten und zum Teil schwachsinnigen Kinder sowohl für die Infektion selbst, als auch besonders für die Weiterübertragung derselben besitze. *Vaßmer* (Hannover).

Bachrach: Die nichtvenerischen Genitalgeschwüre. (*Städt. Krankenh., Frankfurt a. M.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 48, S. 1989—1992. 1913.

Übersichtsreferat.

Ortenberg, Heinz von: Die Verwendung gestielter Hautlappen zum Verschluß großer Mastdarm-Scheidendefekte. (*Hosp. z. Hl. Kreuz, Santa Cruz, Brasilien.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 47, S. 1713—1715. 1913.

Mitteilung eines Falles einer großen Mastdarmscheidenfistel, welche nach vergeblichem ersten Versuche durch eine zweite Operation mittels eines gestielten Hautlappens, der als Ersatz der hinteren Schleimhautscheidenwand diente, ideal verschlossen wurde, so daß Stuhl und Urin gut gehalten werden können. Verf. empfiehlt dieses Verfahren bei großen Defekten, bei denen das Schleimhautmaterial zur Plastik nicht ausreicht. *Dorn* (Kempten).

Bonney, Victor: Formation of an artificial vagina by transplantation of a portion of the ileum (Baldwin's operation); with remarks on the ethical aspect of the procedure. (Bildung einer künstlichen Vagina durch Transplantation eines Stückes Dünndarm [Baldwinsche Operation]. Betrachtungen über die ethische Seite des Eingriffs.) Lancet Bd. **2,** Nr. 15, S. 1059 bis 1061. 1913.

Die Operation geschah auf Wunsch der Patientin, die unter dem Bewußtsein ihrer Minderwertigkeit schwer litt. Sie erfolgte in typischer Weise nach der Methode Baldwin. Der Uterus fehlte, doch waren die Ovarien gut entwickelt, und die sexuelle Libido der Patientin normal.

Verf. stellt zum Schluß seiner Arbeit Betrachtungen an über die Erlaubtheit dieser Operation. Er meint, bei Kindern sei sie niemals gerechtfertigt, auch bei Unverheirateten nach der Pubertät komme sie nur in Betracht, wenn 1. der Abfluß des Menstrualblutes gehemmt sei, also ein Uterus vorhanden sei, oder 2. eine Verheiratung in Frage komme, oder 3. wie in seinem Falle, die Pat. psychisch durch die Deformität beeinflußt werde. Bei verheirateten Frauen sei die Operation erlaubt, wenn die Frau mit Rücksicht auf den Mann, ohne selbst sexuell zu sein, eine potestas coeundi schaffen wolle, oder, wenn die Frau bei Vorhandensein einer Libido die Möglichkeit des Coitus wünsche. *Wiemer* (Herne).

Uterus:

Stickel, Max: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Drüsen mit innerer Sekretion auf die Uterustätigkeit. Tl. 1: Ovarium. (*Charité u. physiol. Inst., Univ. Berlin.*) Arch. f. Anat. u. Physiol., physiol. Abt., Jg. **1913,** H. 3/4, S. 259 311. 1913.

Spontane Uteruskontraktionen finden sich nur bei einer geringen Zahl von virginellen Kaninchen. Bei Kaninchen, die geworfen haben, treten spontane Kontraktionen fast ausnahmslos auf. Bei Kaninchen, die kastriert wurden, nachdem sie geworfen hatten, gleicht die Uteruskurve der Kurve virgineller Kaninchen. Ähnlich ist die Uteruskurve von Kaninchen, deren Ovarien mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Der virginelle Kaninchenuterus spricht am wenigsten, der schwangere Uterus am stärksten auf wehenerregende Einflüsse an. Wehenerregend wirken auf den Uterus von Kaninchen, die geworfen haben, Ovarialextrakt und Corpusluteumextrakt von Rindern, Ovarialextrakt von normalen und röntgenbestrahlten Kaninchen. Am stärksten wehenerregend wirkt Corpusluteumextrakt. Wenig stark ist die Wirkung bei kastrierten Tieren. Extrakt aus mit Röntgenstrahlen behandelten Kaninchenovarien wirkt außerordentlich stark wehenerregend auf den Uterus von röntgenbestrahlten Kaninchen. Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse zu der Annahme, daß im Organismus des Kaninchens ein wehenhemmendes Hormon gebildet wird, auf das ein antagonistisch wirkendes Eierstockshormon eingestellt ist. Die Versuchsanordnung muß im Original nachgesehen werden. *Lampé* (München).

Puppel: Fremdkörper im Uterus. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38,** H. 4, S. 485 bis 486. 1913.

35jährige Patientin, 1904 per laparatomiam Abtragung der graviden rechten Tube. Anschließend Enukleation eines gänseeigroßen Myoms aus der vorderen Uteruswand, dabei bricht eine Nadel ab und kann nicht wieder gefunden werden. Heilung nach Überstehen einer lokalen Peritonitis. 1907 spontaner Partus. 1912 Blutungen und Blasenbeschwerden. Uterus

kindskopfgroß. Abdominale Totalexstirpation. Am aufgeschnittenen Präparat findet sich die Nadel an derselben Stelle, an der sie seinerzeit verloren gegangen war. Sie war also trotz des inzwischen überstandenen Partus nicht gewandert. *Zinsser* (Berlin).

Polano, O.: Über die Lymphbahnen der Myome. (*Univ.-Frauenklin., Würzburg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75,** H. 1, S. 157—178. 1913.

Mit Hilfe seiner Injektionsmethode mit einer teils blau durch Preußisch-blau-Zusatz, teils rot durch Alkannazusatz gefärbte Äthercampherlösung konnte Polano zwei Typen der Lymphbahnversorgung der Myome feststellen. Entweder traten an der Circumferenz der Geschwulst mit breiten bindegewebigen Brücken Lymphbahnen in die Kapsel über, wodurch es zu vielfachen Verbindungen zwischen dem Lymphsystem der Geschwulst und dem des umgebenden Gewebes kommt, oder, was namentlich bei solitären Myomen der Fall ist, es besteht nur eine einfache stielartige Verbindung zwischen Geschwulst und Kapsel. Gelegentlich kommen auch noch zwischen Kapsel und Geschwulst kleinste Lymphkanäle vor. Einen endotheliomatösen Belag haben mit Bestimmtheit nur die größeren Lymphbahnen. *Hannes* (Breslau).

Sfameni, P.: Nei fibromiomi uterini a sviluppo intra-cervico-segmentario la isteromiomectomia vaginale non è fattibile. (Über cervical entwickelte Fibromyome, wobei Hysteromyomektomie vaginal unausführbar ist.) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ., Cagliari.*) Ginecologia Jg. **10,** Nr. 10, S. 305 bis 327. 1913.

Verf. hat bei 3 Cervixmyomen zweimal vaginal operiert, einmal Uterus und Myom entfernt, das andere Mal nur das Myom, unter Zerstückelung dieser, abdominal, Uterus und Myom. Eine sehr anämische Patientin erlag der Operation. Verf. schließt, daß bei Myomen, die im Cervix und unteren Teil des Uterus sich entwickelt haben, das Herabziehen des Tumors sehr erschwert ist, ebenso eine Stielbildung der Ligamente und Versorgung der Gefäße. Deshalb widerrät er die vaginale Operation und wünscht sie auf Myomektomie zu beschränken. Abdominal kommt die Hysteromyomektomie in Frage, die aber auch große Schwierigkeit bietet. *Berberich* (Karlsruhe).

Berkeley, Comyns, and Victor Bonney: Results of the radical operation for carcinoma of the cervix uteri based on a three years' basis, more especially with regard to its life-prolonging effects. (Resultate der Radikaloperation beim Cervixcarcinom bei dreijähriger Beobachtungsdauer und besonderer Berücksichtigung des Effektes der Lebensverlängerung.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the British Emp. Bd. **24,** Nr. 3, S. 145—148. 1913.

Die Statistik erstreckt sich über 112 Fälle, die von 1907—1910 zur Beobachtung kamen. Operiert wurden 71. An den Folgen der Operation starben 16, an Rezidiv 20, an interkurrierenden Krankheiten 2, ohne Bericht 2, mit Rezidiv leben 2, ohne Rezidiv 28.

Verf. meint, daß die Beobachtungsdauer von 3 Jahren zwar relativ kurz sei, da jedoch die durchschnittliche Lebensdauer der Carcinomatosen vom ersten Auftreten der Erscheinungen nur 1 Jahr und 9 Monate betrage, so seien seine Erfolge für die die Operation Überlebenden befriedigends. *Wiemer* (Herne).

Charrier, A., et A. Parcelier: À propos d'un cas de récidive tardive d'un cancer du col de l'utérus. (Über einen Fall von spätem Rezidiv eines Krebses des Collum uteri.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 46, S. 897—900. 1913.

Patientin von 35 Jahren. Typischer Blumenkohlkrebs der Portio. Vaginale Hysterektomie. Erst nach 9 Jahren Rezidiv.

Solche späten Rezidive sind sehr selten, wie die Statistiken von Wertheim, Reinicke und Labhardt ergeben. Nur wenige Fälle später Rezidive sind beschrieben. Rezidivoperationen sind nur sehr selten noch möglich. Hingegen sind bei Palliativoperationen (Curettage und Kauterisationen) inoperabler Krebse häufiger lange Jahre bis zum Tode vergangen. Ob Spontanheilung, wie sie Theilhaber, Lawson-Tait und Boldt beschreiben, eintreten kann, ist fraglich, da noch sehr spät ein Rezidiv aufzutreten vermag. Gerade nach sehr ausgedehnten Radikaloperationen (Wertheim) kleiner Krebse tritt aber sehr oft ganz schnell (in 6—8 Monaten) tödliches Rezidiv ein. *L. Hirsch* (Berlin-Charlottenburg).

Polano, O.: Über maligne Chorionepitheliome mit langer Latenzzeit (*Univ.-Frauenkl., Würzburg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1, S. 149 bis 156. 1913.

52jähr. VIII.-para, alle Geburten normal verlaufen, letzte vor 10 Jahren. Seit 1/4 Jahr fleischwasserähnlicher Ausfluß von üblem Geruch; Abmagerung, Schmerzen im Unterbauch. Befund: Kachexie; Leistendrüsen beiderseits geschwollen; hühnereigroße Geschwulst am Urethralwulst; ein zweiter Knoten in der hinteren Scheidenwand, der sich im Septum rectovaginale ausbreitet. Am Uterus keine Veränderungen nachweisbar. Klinische Diagnose: Ca vaginae. — Igniexstirpation beider Tumoren. Drüsen nicht mehr entfernbar. — Ca. 5 Monate nach der Operation Tod an Rezidiv. — Die histologische Untersuchung der Tumoren ergab atypisches, malignes Chorionepitheliom (Marchand). — Das Besondere an dem Fall ist die 10jährige Latenzzeit. — In der Literatur sind inklusive dieses Falles 35 solche Fälle bekannt (30mal am Uterus, 5mal außerhalb desselben). Die meisten Patientinnen standen bereits im klimakterischen Alter. In ungefähr 50% der Fälle entwickelte sich die Geschwulst im Anschluß an eine Blasenmole. — Die Prognose ist sehr ungünstig, kein Fall wurde dauernd geheilt.

Verf. erklärt die Entstehung solcher Chorionepitheliome mit langer Latenzzeit durch die Annahme, daß analog den Bakterien fötale Elemente im mütterlichen Organismus lange Zeit, ohne sich zu vermehren, lebensfähig bleiben und gelegentlich irgendwelcher eingreifenden Veränderungen im Organismus (z. B. Klimakterium) gewissermaßen virulent werden und sich zu malignen Geschwulstzellen umwandeln können. *Schindler* (Graz).

Cramer, H.: Beiträge zur Radikaloperation des Prolapses. (*Friedrich-Wilhelm-Stift., Bonn a. Rh.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **101**, H. 1, S. 244—271. 1913.

Der Arbeit liegt ein Material von 178 Radikaloperationen zugrunde: 169mal wurde nach Wertheim operiert, 9mal wurde die Interposition des Uterus vom Abdomen her ausgeführt. Am meisten empfehlenswert erscheint Cramer der umgekehrte T-Schnitt. Da der interponierte Uterus bei unvollkommener Deckung mit Scheidenschleimhaut die vordere Vaginalwand trichterförmig ausziehen kann, empfiehlt C. mit Schauta die vollkommene Überdeckung des interponierten Uterus mit Scheidenschleimhaut. Stets wird der Uterus durch eine Reihe von Knopfnähten vom Fundus bis zur Cervix fixiert, stets wird die Scheide nach beendigter Operation tamponiert. Die Bauchhöhle wird durch Aufnähung der Plica vesico-uterina auf die hintere Cervixwand exakt geschlossen. In vielen Fällen ist eine ausgiebige Raffung der Blase notwendig; in einem Fall (vor 6 Jahren war eine vordere und hintere Kolporrhaphie ausgeführt worden) riß die Blase ein, die Ränder konnten wegen der Narben nicht zugänglich gemacht werden, es wurde auf die Naht verzichtet: nach Entfernung des Dauerkatheters am 12. Tage war die Blase vollkommen kontinent. Besteht außer dem Prolaps eine Incontinentia urinae, so fügt C. der Blasenverlagerung eine Raffung des Blasenhalses und der Harnröhre hinzu; die Ursache der Inkontinenz sieht er in der Abreißung der Harnröhre und des Blasenhalses von ihrer Unterlage. Um das häufig sehr schlaffe Scheidengewölbe zu verengern, wird empfohlen, aus dem umgekehrten T-Schnitt ein gleichschenkliges Dreieck zu resezieren, dessen Spitze am Harnröhrenwulst, dessen Basis in dem Querschnitt an der Portio gelegen ist. Dadurch wird auch der Bandapparat der Cervix zugänglich; durch Quernähte wird eine Straffung ermöglicht. Der Prolapsoperation hat stets eine Probecurettage vorauszugehen. Die Excision der Schleimhaut wird der Verschorfung mit dem Paquelin vorgezogen. Bei Myomen macht C. von der Keilexcision Gebrauch. Die Portio wird, wenn nötig, erst nach Beendigung der Interposition und Schluß der vorderen Kolporrhaphiewunde amputiert. Die Levatorschenkel werden durch 4—6 versenkte Knopfnähte weitgehend median vereinigt. 2 Fälle kamen zum Exitus: der eine Fall war durch eine geplatzte Tubargravidität kompliziert und starb an Peritonitis; im 2. Fall ging die Patientin an einer Lungenembolie zugrunde. 2 Fälle mußten wegen Ileus nach der Prolapsoperation laparotomiert werden und sind genesen. Auf 140 Nachuntersuchungen kamen 4 Rezidive = 2,9% Rezidive = 97,1% Dauerheilung. *P. Meyer* (Berlin).

Dickinson, Robert L.: Hysterectomy by two suture-ligatures. (Hysterektomie mit 2 fortlaufenden Ligaturnähten.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the British Emp. Bd. **24**, Nr. 3, S. 176—181. 1913.

Verf. beschreibt eine Methode, die abdominelle Hysterektomie auszuführen, bei welcher mit 2 langen dünnen doppelten Catgutfäden fortlaufend alle Gefäßligaturen und Peritonealnähte ausgeführt werden. Die Vorteile dieser Methode sind: möglichst geringe Anzahl von Knoten im Peritonealraum, Verkürzung der Operationsdauer durch Kombination von Ligatur und Peritonealnaht miteinander, Vermeidung der Eröffnung des Lig. latum, Verankern des Lig. rotundum, ev. des Lig. ovarii und Lig. infundibulo-pelvicum an den Stumpf der Cervix oder der Vagina, wodurch derselbe hochgehalten wird. Bei der vaginalen Hysterektomie werden beiderseits mit einem doppelten Catgutfaden schrittweise entsprechend den zu fassenden

Gefäßen längs der Uteruskante fortlaufend Massenligaturen angelegt. Mit dem Faden der einen Seite näht er dann die beiden Stümpfe aneinander, schließt das Peritoneum des Douglas und versorgt die quere Vaginalwunde; mit dem anderen Faden vereinigt er das vordere Peritoneum, befestigt die Blase oberhalb der Stümpfe und näht die Schleimhaut der Vagina über die Stümpfe in der Längsrichtung zusammen. An der Hand von zahlreichen Illustrationen beschreibt Verf. Schritt für Schritt den Gang und die Technik der Operationsmethode. *Hall.*

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Reder, Francis: Laceration of the cervix, a causative factor in salpingitis. (Cervixriß als Ursache von Salpingitis.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 5, S. 902—906. 1913.

Der Verf. hat sehr oft im Verlaufe von Laparotomien leichte chronische Salpingitiden beobachtet; er führt dieselben auf Infektion durch schwachvirulentes Material zurück, welches nach Cervixrissen durch die Lymphbahnen des Mutterhalses aufgenommen und bis zu den Tuben gebracht worden ist. In solchen Fällen ist eine Entfernung der Tuben nicht nötig; es genügt das Fimbrienende frei zu machen und dann, was das wichtigere ist, den primären Herd anzugreifen, d. h. die Cervixrisse plastisch zu verschließen. *Klein* (Straßburg i. E.).

Gaifami, Paolo: Ovaio cistico in neonata. (Scoppio di un follicolo di v. Graaf cistico; proliferazione luteinsimile della parete.) (Cystisches Ovar eines Neugeborenen [geplatzter Graafscher Follikel, cystisch entartet, die Wand wird von gewucherten Luteinzellen gebildet].) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ., Roma.*) Folia gynaecol. Bd. **8**, Nr. 2, S. 175—196. 1913.

Aus einer Sammlung cystischer Ovarien beim Neugeborenen bringt Verf. einen Fall eines prämaturen Foetus von 2550 g, dessen rechtes Ovar zahlreiche in der Entwicklung begriffene Graafsche Follikel trägt, daneben zwei cystische. Das linke Ovar ist bedeutend vergrößert, 32 × 17 × 10 mm, bei einer Größe des Uterus von 30 mm, durch eine geplatzte Cyste, deren Wand mit reich gewucherten Luteinzellen ausgekleidet ist. *Berberich* (Karlsruhe).

Watkins, Thomas J.: 1. Large fibrocyst of the ovary. 2. Dermoid and adenoma of ovary. (1. Eine große Fibrocyste des Ovariums. 2. Dermoid und Ovarialadenom.) (Chicago gynecol. soc., meet. 21. III. 1913.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 3, S. 390—393. 1913.

Im 1. Fall hatte sich der Tumor sehr rasch entwickelt, so daß er das Abdomen vollständig ausfüllte und ungefähr 3 Quart Serum enthielt. Die Tumorwand ist fast durchwegs sehr dünn und an deren Innenseite eine ziemlich harte Masse sichtbar, die sich beim Durchschneiden als ein Fibroid herausstellt. Inwendig ist der Sack mit degeneriertem Fibroidgewebe gefüllt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt ferner einige Muskelfasern, während eine eigentliche Kapsel fehlt. Eine Fibrocyste dieses Umfangs ist relativ selten; wahrscheinlich war ursprünglich ein Fibroid vorhanden, das im Zentrum degenerierte, was den Ascites im Tumor zur Folge hatte. — Im 2. Fall handelte es sich um ein Ovarialdermoid, das durch Hämorrhagien leicht blutig verfärbt war. An einer Stelle fand sich ein kleiner Knochen, an einer andern ein fettiges Exsudat vor. Schnitte durch den übrigen Tumor hatten das Aussehen von Schilddrüsengewebe. Es war ein Adenom des Ovariums nebst einem Dermoid im Tumor selbst. Klinisch bot der Fall sonst kein Interesse. *Burk* (Stuttgart).

Scheffen: Abgeschnürtes Ovarialkystom. (Mittelrh. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 4. S. 484. 1913.

Ein mannskopfgroßes Ovarialkystom hatte samt der Tube infolge mehrfacher Stieltorsion keinen Zusammenhang mit dem Uterus mehr, während das strangartig ausgezogene Ligamentum infundibulo-pelvicum nach der Beckenwand hin zog. Am Uterus ca. 1 cm lang der obliterierte Tubenstumpf. Torsion lag der Anamnese nach 5 Jahre zurück. *Zinsser* (Berlin).

Bauchorgane:

Mitchell, James C.: Hernia. (Hernien.) Eclectic med. journal Bd. **73**, Nr. 11, S. 560—562. 1913.

Allgemeine Bemerkungen ohne Besonderheiten.

Jacobson, J. H.: Local anesthesia in operations for hernia. (Die Operation der Hernie in Lokalanästhesie.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr.

a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 5, S. 881—889. 1913.

Historischer Überblick über Narkose und Anästhetica. Verf. hat die Braunsche Leitungsanästhesie bei 36 Operationen mit gutem Erfolg verwendet. Beherrschung der Technik ist Voraussetzung für eine sichere Anästhesie. 60—180 ccm einer 1—2 proz. Lösung von Novocain und Adrenalin kamen zur Verwendung. Wirkung tritt nach 15—20 Minuten ein und dauert ca. 2 Stunden. Verf. hat keinen Todesfall erlebt; kein Erbrechen, keine Schmerzen, keine toxischen Symptome. Sorgfältige Blutstillung ist nötig, da nach Erlöschen der Adrenalinwirkung Nachblutungen auftreten können. Eingehen auf die Technik, Besprechung seiner Fälle.
Schmidt (Tübingen).

Pestalozza, E.: Contributo allo studio dei tumori solidi del mesentere nella donna. (Beitrag zum Studium der soliden Mesenterialtumoren der Frau.) (*Clin. ostetr.-ginecol., Roma.*) Tumori Jg. 2, Nr. 5, S. 608—621.

Ausführliche Schilderung eines Mesenterialfibroms, das bei einer 34jährigen Frau unter Amenorrhöe rasch gewachsen und daher zunächst als gravider Uterus betrachtet worden war. Die Geschwulst war im wesentlichen im Bereiche des Ileums entwickelt, so daß dieses in weiter Ausdehnung reseziert werden mußte. Heilung.

Auf Grund von 27 analogen Fällen schließt der Verf., daß es sich fast durchwegs um typische Fibrome oft mit myxomatöser Degeneration handele, die primär auf der rechten Bauchseite in Nabelhöhe entstehen, vorzugsweise bei erwachsenen Frauen im postpuerperalen Zustand. Die Tumoren wachsen fast symptomlos ziemlich rasch und sinken meist bald ins Becken, wo sie neben den Uterus zu liegen kommen. Amenorrhöe ist häufig.
Strauß (Nürnberg).CH

Mueller, Arthur: Die Beziehungen zwischen Appendicitis chronica und den Erkrankungen der Ovarien und Tuben. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 10, Nr. 22, S. 683-688. 1913.

Verf. kommt an Hand von 300 Appendektomien zu folgenden Schlüssen. Appendicitis chronica ist meist die Folge einer Kolitis, Typhlitis chronica oder auch einer akuten Enterokolitis. Bei längerem Bestehen soll gleichzeitig mit der Appendicitis chronica auch Oophoritis cystica, Pelveoperitonitis, Salpingitis, Periystitis, ja auch Ovarialtumoren vorhanden sein. Oft sollen klinisch diese Erkrankungen mehr Erscheinungen machen und so die Appendicitis verdecken. Die Wirkung dieser chronischen Appendicitis auf die übrigen Bauchorgane soll derart sein, daß auch bei leichter chronisch-katarrhalischer Appendicitis ein seröses Exsudat entstände, das auf die Beckenorgane reizend wirke.
Reber (Aarau).

Nottebaum: Die Behandlung von Magen- und Darmblutungen, insbesondere typhösen Darmblutungen, mit Tinctura Jodi. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 49, S. 2408—2409. 1913.

Hamann, C. A.: Some experiences in the surgical treatment of ulcers and carcinoma of the intestinal tract. (Erfahrungen über die chirurgische Behandlung von Geschwüren und Carcinom des Verdauungstractus.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. 12, Nr. 7, S. 355—359. 1913.

Hamann betont die Schwierigkeit der Diagnose, zumal die Symptome und physikalischen Veränderungen differentialdiagnostisch nicht immer eindeutig seien. So sah er bei mindestens der Hälfte von Magengeschwüren, die durch Sectio in vivo bestätigt wurden, daß die Hyperacidität fehlte. Ferner fand er bei vielen Patienten die für Ulcus duodeni typischen Hungerschmerzen, während es sich um Veränderungen am Appendix vermiformis handelte. Auch können Blutungen aus Erosionen, kleinen Geschwüren, infolge Lebercirrhose usw. Carcinom vortäuschen und zur Operation Veranlassung geben, während derartige Blutungen in 96% aller Fälle von selbst ausheilen. Verf. warnt vor der nicht streng indizierten Gastroenterostomie, die seiner Ansicht nach nur bei Narbenstriktur des Pylorus oder bei Ulcus duodeni indiziert ist. Carcinom des Rectum und der Flexura sigmoidea werde meist zu spät erkannt, weil die Rectaluntersuchung zu viel vernachlässigt werde. Häufiger ist Lues mit Rectumcarcinom verwechselt worden. Mehr als die Hälfte aller Patienten mit Rectumcarcinom kamen zu spät zur Operation. Ein Drittel von 25 Patienten überlebten die Radikaloperation länger als 3 Jahre.
Wiemer (Herne).

Soper, H. W.: The diagnosis and treatment of diseases of the sigmoid flexure of the colon. (Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Flexura sigmoidea.) Journal of the Missouri State med. assoc. Bd. **10**, Nr. 4, S. 130—132. 1913.

Zur Erkennung der Erkrankungen der Flexura sigmoidea ist die Untersuchung mittels eines Sigmoidoskopes unerläßlich. Am besten untersucht man in Knieellenbogenlage, ohne weitere Vorbereitung des Patienten; sollten größere Fäkalmassen die Untersuchung behindern, so empfiehlt sich die Anwendung eines Ölklystiers am Abend vorher. Bei der chronischen spastischen Contractur der Flexura sigmoidea ist die Einführung des Sigmoidoskops infolge der Contractur nur mit großen Schwierigkeiten möglich, in den Schleimhautfalten finden sich häufig kleine harte Kotmassen, die Schleimhaut selbst ist oft entzündet, meist besteht Obstipation. Bei der chronischen Atonie der Flex. sigmoid., die sich meist bei älteren Leuten findet, die zu häufig Klystiere angewandt, ist die Ampulle übermäßig dilatiert, die Schleimhautfalten sind ganz flach oder fehlen gänzlich. Meist finden sich große Kotmengen vor. Contractur fehlt. Die Therapie ist in beiden Fällen ungefähr die gleiche. Aussetzen der Abführmittel. Die Nahrung soll viel Cellulose und Zucker enthalten. Agar-Agar, leichte Ölklystiere und bei der atonischen Form Wasserklystiere sowie Massage tun gute Dienste. Bei der Amöbendysenterie sieht man in der Schleimhaut kleine oberflächliche Geschwüre, die mit Schleim bedeckt sind. Im Sigmoidoskop ist die direkte Behandlung mit gepulverter Ipecacuanha nach der Methode Rosenberg leicht vorzunehmen. Verf. sah bessere Erfolge von Tannin und Bismut 1 : 10. Bei dieser Methode heilen einfache Geschwüre und Entzündungsprozesse des Col. sigmoid. rasch ab. Den Schluß der Arbeit bilden 2 Krankengeschichten, die uns zeigen, wie durch Hilfe des Sigmoidoskops multiple Adenome resp. Adenocarcinome rechtzeitig erkannt und auf rectalem Wege operativ entfernt werden konnten. *Wiemer* (Herne).

Rouffart: Notes sur trois cas de cancer du rectum chez la femme. (Bemerkungen über drei Fälle von Rectumcarcinom beim Weibe.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **24,** Nr. 5, S. 306—316. 1913.

Das Rectum zerfällt, chirurgisch gedacht, in 3 Abschnitte: Der untere mit dem Sphincter (analer Teil) 2—3 cm lang, reichend bis zum Levator ani; mittlerer (ampullärer) Teil, 9—10 cm lang, bis zum Bauchfellübergang von der Vagina auf Rectum (vordere Wand); oberer oder peritonealer Teil, von hier bis zum in der Höhe schwer bestimmbaren Übergang in die Flexura sigmoidea und der völligen Umkleidung mit Bauchfell (durchschnittlich Höhe des III. Kreuzbeinwirbels). Länge: 2—3 cm. Gesamtlänge des Rectum: 13—17 cm. Die Verteilung der Lymphdrüsen erklärt es, daß die regionäre Rezidivgefahr bei frühzeitiger Operation am geringsten ist am mittleren (ampullären), am größten beim unteren (analen) Teil des Rectum. Mitteilung je eines operierten Falles von Carcinom des analen Teils (perineal mit Resektion des Steißbeins), des ampullären (mit Schuchardtschnitt) und des oberen (Laparotomie nach Pfannenstiel mit Entfernung des Uterus und der Ovarien). Diskussion über die Frage der Drainage und der Darmwandgangrän. *Michael* (Leipzig).

Whipple, G. H., and E. W. Goodpasture: Acute haemorrhagic pancreatitis. Peritoneal exudate non-toxic and even protective under experimental conditions. (Akute hämorrhagische Pancreatitis. Experimenteller Nachweis der Ungiftigkeit und der Schutzwirkung des peritonealen Exsudats.) (*Johns Hopkins med. school, Baltimore.*) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 5, S. 541—547. 1913.

Experimentelle Erzeugung von akuter hämorrhagischer Pancreatitis bei Hunden durch Injektion von Schweinegalle in den Ausführungsgang der Bauchspeicheldrüse. Intraperitoneale und intravenöse Injektion des Peritonealexsudats bei gesunden und an Pancreatitis erkrankten Hunden. — Das peritoneale Exsudat bei akuter hämorrhagischer Pancreatitis enthält keine toxischen Substanzen. Die intraperitoneale und intravenöse Injektion großer Mengen desselben ist weder bei gesunden noch bei an Pancrea-

titis erkrankten Hunden von schädlicher Wirkung. Die Fermente, welche aus dem geschädigten Pancreas stammen, werden sofort neutralisiert und das peritoneale Exsudat ist gewöhnlich frei von proteolytischen Fermenten und enthält dieselbe Menge von Lipase wie das Blutserum. Das hämorrhagische Peritonealexsudat hat eine neutralisierende Wirkung. — Die experimentell erzeugte akute Pancreatitis zeigt einen leichteren Verlauf bei den Versuchstieren, bei welchen das Exsudat nicht entfernt wird. Das Pancreas kann schwere Schädigungen überstehen und es ist dies bei der Beurteilung der Erfolge chirurgischer Eingriffe in Erwägung zu ziehen. Die Heilungsaussichten scheinen am größten zu sein, wenn nicht chirurgisch eingegriffen wird. *Albrecht.*

Harnorgane:

Fournier, François: Il y a du sang au méat urétral ou dans l'urine. (Blut am Meatus urethrae oder im Urin.) Rev. prat. des malad. des organ. génito-urin. Jg. **10,** Nr. 59, S. 335—348. 1913.

Bei der Frau kann Blut am Meatus ext. urethrae erscheinen, abgesehen von Traumen der Urethra, bei Tumoren der Harnröhre; Urethroskopie. — Mitunter klagen Kranke, blutigen Urin zu entleeren, der sich nur als stark harnsäurehaltig erweist. Rotfärbung des Urins durch Medikamente, bei Hämoglobinurie. Es werden alle Möglichkeiten des Entstehens blutigen Urins, von der Niere abwärts, besprochen und die topischen diagnostischen Merkmale erörtert. *Blanck* (Potsdam).

Epplen, Frederick: Present day classification of nephritis with notes on therapeutic applications. (Die heutige Einteilung der Nephritis mit Bemerkungen über therapeutische Maßnahmen.) Northwest med. Bd. **5,** Nr. 9, S. 247 bis 251 u. Nr. 10, S. 280—284. 1913.

Epplen gibt zunächst einen Überblick über die historische Entwicklung unserer heutigen Anschauungen der Physiologie und Pathologie der Niere. Sodann geht er ausführlicher ein auf die Ergebnisse der Experimente Schlayers und ihren Wert für die Beurteilung des klinischen Bildes der verschiedenen Formen der Nephritis. Weit wichtiger als die Ergebnisse der Urinuntersuchung sind für Diagnose und Therapie die Allgemeinerscheinungen. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Am Krankenbett soll man keine anatomische Diagnose der vorliegenden Form der Nephritis machen, sondern den Typus nach der Art der vorliegenden funktionellen Störungen bestimmen. Die gleichmäßige Behandlung aller Formen der Nephritis ist ebenso zu verurteilen, wi die unsichere anatomische Diagnose. Nephritiden vom chlorämischen und vasculären Typus sollen verschieden behandelt werden. *Colmers* (Koburg).

McMechan, F. Hoeffer: Impacted renal calculi. How to obviate the necessity for operation. (Eingeklemmte Nierensteine. Wie man eine Operation überflüssig machen kann.) Americ. journal of clin. med. Bd. **20,** Nr. **7,** S. 576 bis 578. 1913.

Bei einem Patienten, der seit über 10 Jahren an bis zu 14 Tagen dauernden Anfällen von Nierensteinkolik leidet, macht Verf. tiefe perineurale Injektionen von einer kombinierten Lösung von Hyoscin, Morphium, Cactoid, Novocain und Adrenalin. Die ca. 5 cm lange Nadel wird neben der Wirbelsäule eingestoßen, etwa $2^1/_2$ cm von der Mittellinie entfernt und in der Höhe des zweiten Lendenwirbels, an welcher Stelle bei jedem Anfalle eine exquisite Druckempfindlichkeit nachweisbar ist. Durch diese Injektionen ist es bei den letzten 30 Anfällen gelungen, die Einklemmung in 10 Minuten bis zu 6 Stunden zu beheben. *Hall* (Graz).

Schönberg, S.: Rechtsseitige Nieren- und Ureterverdoppelung mit Hypoplasie und Adenom der überzähligen Niere. (*Pathol.-anat. Inst., Basel.*) Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **14,** H. 2, S. 267—275. 1913.

Childs, Samuel B., and William M. Spitzer: Roentgenographic study of the normal kidney, its pelvis and ureter. (Röntgenographische Studie über die normale Niere, ihr Becken und den Ureter.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. **12,** S. 925—930. 1913.

Angesichts der beträchtlichen Meinungsverschiedenheiten, die noch bei vielen Praktikern hinsichtlich der Begrenzung von Norm und Anomalie namentlich in der

Topographie der Nieren und der sich an sie anschließenden Harnwege bestehen, hofft Spitzer durch genaue röntgenologische Untersuchung einwandfrei normaler Nieren einen wichtigen Beitrag zur Lösung dieser Streitfragen zu liefern. Die Versuchspersonen werden zuerst einer peinlichen Allgemeinuntersuchung unterzogen; hierauf wird Lage und Funktion der Nieren eingehend geprüft. Spitzer gelang es, unter seinem Material nur zehn Träger absolut normaler Nieren ausfindig zu machen. Der Gang der röntgenologischen Untersuchung ist folgender: Röntgenographische Ureterenkatheter werden unter beständiger Kontrolle mittels des Cystoskops in die Ureteren hinaufgeschoben, bis sie im Nierenbecken Widerstand finden. Hierauf wird unter einem bestimmten Druck Kollargol injiziert. Der Apparat, den Spitzer hierzu benutzt, besteht aus einem Stativ, das neben einem Gefäß für Blasenspülflüssigkeit zwei 50 ccm fassende, graduierte Büretten von einem Innendurchmesser von $^3/_8$ Zoll trägt, von denen je ein Gummischlauch ausgeht, der wiederum mit einem in die Ureterenkatheter passenden Mundstück endigt. Um den richtigen Druck zu erreichen, werden die Büretten gehoben, bis sich ihr unteres Ende zwei Fuß über dem Körperniveau der Versuchsperson befindet. Spitzer warnt ausdrücklich davor, sich zur Kollargolinjektion einer Handspritze zu bedienen, da durch die Unkontrollierbarkeit des Druckes unter Umständen schwere Schädigungen der Niere und des Nierenbeckens hervorgerufen werden können. Sobald der zu Untersuchende das Gefühl einer schmerzhaften Spannung äußert, wird mittels eines Quetschhahnes das weitere Einfließen von Kollargol unterbrochen. Die injizierbare Menge betrug zwischen 4, 5 und 15 ccm; diese beiden Zahlen bedeuten die Grenzen der normalen Kapazität. Kollargol wurde entsprechend dem Fettpolster der Versuchspersonen in einer zwischen 8 und 20% wechselnden Konzentration verwendet. Die beiden Katheter bleiben nach der Injektion verschlossen in situ liegen. Hierauf wurden die Versuchspersonen zuerst in liegender, dann in aufrechter Stellung mittels eines stereoskopischen Apparates (Scheidel-Western-Apparat, 35—40 Milliampere, $^3/_4$—$1^1/_2$ Sekunden Expositionsdauer, Einstellung auf den 3. Lendenwirbel) photographiert. Aus den verschiedenen so gewonnenen Bildern ergibt sich: Unter dem Einfluß der Respiration, der aufrechten Körperstellung und erschütternder Bewegungen kommt eine Senkung der Niere bis 3,5 cm vor. Der Katheter verläuft im normalen Nierenbecken stets an der oberen konvexen Wand und dringt meist in den oberen schrägen Calix ein. Nimmt der Katheter einen anderen Verlauf, so handelt es sich um eine Anomalie (Dilatation des Nierenbeckens oder der Calices). Die untere Wand des Nierenbeckens zeigt unter normalen Verhältnissen stets eine stark nach unten konkave Kontur. Die Achse des Nierenbeckens ist entweder horizontal oder leicht nach unten geneigt. Der Ureter zeigt niemals eine konstante Verlaufsrichtung, diese ist von der Peristaltik des Ureters selbst, wie von mechanischen Einflüssen von seiten der Abdominalorgane abhängig. In der Mitte ist oft eine Einschnürung wahrnehmbar, die der Kreuzung mit den Vasa spermatica entspricht. Krümmungen und Abknickungen kommen auch beim normalen Ureter vor. Die Länge des Ureters läßt sich am besten dadurch feststellen, daß man seine auf dem Röntgenbild sichtbare Verlaufsstrecke mit der an der Graduierung erkenntlichen Einführungstiefe des Katheters beständig miteinander vergleicht. Das Kaliber des Ureters ist auch unter normalen Verhältnissen infolge des kontinuierlichen Einflusses der Peristaltik steten Schwankungen unterworfen. Spitzer bezeichnet die Pyelographie, sofern sie unter den Kautelen der Asepsis und von einem Kundigen vorgenommen wird, als ungefährlich. Nach der Pyelographie empfiehlt es sich, zur Auswaschung des Nierenbeckens und der Ureteren eine Polyurie hervorzurufen. (Die Arbeit enthält eine Reihe guter Röntgenbilderreproduktionen.)
Saxinger (München).CH

Weibel, W.: Weitere Beobachtungen über das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Carcinomoperation. (*II. Univ.-Klin., Wien.*) Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. 4, H. 4, S. 138—158. 1913.

In Ergänzung einer früheren Arbeit (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. 62) berichtet Weibel über das Verhalten der Ureteren in weiteren 335 Fällen von erweiterter Carcinom-

operation. Bei insgesamt 735 Fällen traten 44 mal (6%) Ureterfisteln ein, 19 (43%) heilten spontan, oft nach längerer Zeit, 8 mal wurde nephrektomiert, 3 Fälle ohne Nachricht, 13 starben (9 mal Pyelitis, 4 mal Rezidiv). Keine einheitliche Ätiologie der Fisteln: kleine Verletzungen der Wand, subperitoneale Eiterung, Knickung durch eine zu nahe angelegte Ligatur; Isolierung und Ernährungsstörungen spielen eine untergeordnete Rolle. 3 mal handelte es sich um doppelseitige Nekrosen, alle 3 heilten nicht; 2 Kranke starben an Pyelitis, 1 an Rezidiv. Die spontane Heilung erfolgte mit einer einzigen Ausnahme unter Erhaltung der Nierenfunktion. Die Fisteln traten auf bei beginnenden und fortgeschrittenen Fällen, mit und ohne Ureterisolierung. Da die spontane Heilung oft noch spät eintritt, soll man 3 Monate warten, bevor man zur Implantation schreitet; nur bei aufsteigender schwerer Infektion frühzeitige Nephrektomie. Auch wo es nicht zur Fistelbildung kommt, deckt die Cystoskopie relativ oft Verengerungen des Ureterlumens und Harnstauung auf, oft noch nach Monaten und Jahren. Unbeabsichtigte Ureterverletzungen kamen 12 mal vor (1,6% der Operationsfälle); bei partieller Durchtrennung Naht, sonst Implantation, eventuell Unterbindung mit späterer Nephrektomie. 11 mal (1,5%) wurde ein Ureter reseziert und stets die Implantation in die Blase gemacht, 10 mal mit Einheilung, 1 mal riß der Ureter aus. Die primären Resultate waren befriedigend, die Dauerresultate sehr schlecht: ein einziger Fall rezidivfrei, dieser erst 1 Jahr post operationem. *Liek* (Danzig).

Oppenheimer, Rudolf: Die intravesicale Behandlung der Blasenpapillome durch Elektrolyse. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7, H. 9, S. 728—734. 1919.

An Stelle der Schlingenoperationen und der Hochfrequenzbehandlung hat Oppenheimer die Elektrolyse versucht. Die Anode kommt auf den Leib des Patienten, die Kathode ist eine Bougielektrode von 6—10 Charrière, die in ein Uretercystoskop eingeführt wird. Mit 60 Volt Spannung und 25—45 Milliampere Stromstärke wird der Geschwulststiel mit sägenden Bewegungen allmählich durchschnitten. Durch elektrolytische Zersetzung des Blaseninhalts steigen dauernd feine Gasbläschen auf, die schließlich die ganze Oberfläche der Zottengeschwulst bedecken, auch die Optik wird beschlagen. Unmittelbar nach der Behandlung werden die Gewebsstücke als weiße glasige Partikel entleert, die histologisch ausgedehnte Nekrosen aufweisen.

Als Vorteil der Methode wird hervorgehoben: 1. Die Methode ist technisch einfacher als die Anwendung von Schlingen u. dgl. und erfordert ein geringeres Instrumentarium. 2. Es brauchen nur Instrumente von geringem Volumen Verwendung zu finden. 3. Die Blutung ist recht gering. 4. Die Schmerzhaftigkeit ist gering. 5. Die Gefahr der Blasenperforation ist gegenüber der Behandlung mit Diathermie oder Hochfrequenz eine geringere, weil die Einschmelzung des Gewebes langsamer erfolgt. 6. Auch nach Abtragung des Tumors kann die intravesicale Behandlung des zugehörigen Blasenwandteiles fortgesetzt werden. Diesen Vorteilen stehen zwei Nachteile gegenüber: 1. Die störende Gasbildung. 2. Die lange Dauer der Behandlung, im beschriebenen Fall waren 19 Sitzungen zur Entfernung des Tumors erforderlich. *P. Meyer* (Berlin).

Worrall, Ralph: An operation for incontinence of urine. (Ein Operationsverfahren bei Harninkontinenz.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. Emp. Jg. 24, Nr. 4, S. 225—228. 1913.

Die vorgeschlagene Operation bezieht sich nur auf die Harninkontinenz, welche durch eine Dislokation der Urethra bei Multiparen entsteht, so daß sie beim Husten, Niesen usw. mehr oder weniger Urin verlieren. Sie bezweckt, die normale Kurve der Harnröhre wiederherzustellen, den Meatus vorzurücken und Harnröhre und Blasenhals aufzurichten. Zwei Abbildungen illustrieren das Vorgehen bei der Operation. Drei Krankengeschichten. *Blanck* (Potsdam).

Moore, Harvey Adams: Cystoscopy and ureteral catheterization. (Cystoskopie und Ureteren-Katheterismus.) Americ. journal of clin. med. Bd. 20, Nr. 8, S. 663—664. 1913.

Kurzer Hinweis auf die außerordentliche Bedeutung des Cystoskops und des Ureterenkatheters für die Diagnostik der Blasen-Nierenerkrankungen und die funktionelle Nierendiagnostik. Forderung einer viel allgemeineren Anwendung dieser überaus wichtigen Untersuchungsmethode. *Kneise* (Halle a. S.).

Cathelin, F.: Les limites de la cystoscopie. (Die Grenzen der Cystoskopie.) Rev. prat. des mal. des organes génito-urin. Jg. 10, Nr. 58, S. 281—285. 1913.

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Foulkrod, Collin: A consideration of the reaction of the human organism to the class of foreign proteids represented by the syncytial cell. (Bemerkung über die Reaktion des menschlichen Organismus gegenüber der durch Synzitialzellen dargestellten Klasse fremder Proteine.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 5, S. 598—602. 1913.

Autor hat Versuche mit Placentastücken mit kindlichem Serum aus der Nabelschnur unter Zusatz von Blut einer Schwangeren, dem einer nicht Schwangeren, dem Extrakt der Thyreoidea nach Carrels Technik der Kultur in vitro angestellt, um die Wirkung der vom mütterlichen Organismus gebildeten Antikörper gegnüber den synzitialen Elementen festzustellen. Eine Reaktion durch Komplementfixation bei Schwangerschaft nachzuweisen, gelang ihm nicht. Autor ermuntert zu weiteren Versuchen. *Mohr* (Berlin).

Cova, Ercole: Sull'origine di una reazione chimica particolare del sangue delle gravide. (Über den Ursprung einer besonderen chemischen Reaktion im Blute Schwangerer.) (*R. scuola ostetr., Vercelli.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Bd. **2**, Nr. 10. S. 495—512. 1913.

Analog den Untersuchungen von Hermann und Neumann hat Verf. das Blut von Gravidae, Nichtgravidae und Foeten auf Lipoidgehalt untersucht, er hat das Serum mit 95 proz. Alkohol versetzt, filtriert und Wasser zugesetzt, um einen Niederschlag zu erhalten, es genügten bei Gravidae 0,028 ccm Aq. dest., bei Nichtgravidae 0,065, bei Foeten 0,466. In derselben Weise untersuchte er Blut von Kaninchen, denen Placentarextrakte eingespritzt oder in die Peritonealhöhle gebracht waren. Bei 10 Kaninchen wurden Untersuchungen gemacht, bei solchen mit Placenta behandelten waren 0,111 ccm Aq. dest. nötig, bei normalen 0,334 ccm. Demnach dürfte angenommen werden, daß ein Teil der Lipoide aus der Placenta stammt. *Berberich* (Karlsruhe).

Scholz, H.: Die Schwangerschaftsdiagnose nach Rosenthal. Berl. tierärztl. Wochenschr. Jg. **29**, Nr. 48, S. 858—859. 1913.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß neben der Abderhaldenschen Schwangerschaftsdiagnose auch die Methode nach Rosenthal Beachtung verdient, über welche jener in der Zeitschr. f. klin. Medizin **72**, 1911, berichtet hat. Es handelt sich bei diesem Verfahren darum, die Stärke der proteolytischen Hemmungskraft im Serum zu bestimmen. Das Verfahren geht im wesentlichen derart vor sich, daß eine Reihe von Reagensgläsern mit je 2 ccm einer bestimmten Caseinlösung gefüllt werden, dann 0,5 ccm eines in bestimmter Weise mit Kochsalzlösung verdünnten Serums zugesetzt wird und schließlich in steigender Dosis 0,1—1,2 ccm Trypsinlösung, die ebenfalls nach bestimmter Vorschrift zubereitet werden. Die weiteren Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Nach Rosenthals Angaben hat er in jedem Falle in allen Schwangerschaftsmonaten eine dem normalen Serum gegenüber erhöhte Hemmungskraft beobachtet. *Voigt* (Göttingen).

Ladinski, Louis J.: The elastic area in the isthmus of the uterus a positive and early sign of uterine pregnancy. („Der elastische Raum" im Isthmus uteri, ein positives und frühes Zeichen der uterinen Schwangerschaft.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68**, Nr. 2, S. 210—222. 1913.

Nach einer Aufzählung aller subjektiven und objektiven Zeichen der beginnenden uterinen Schwangerschaft, macht Verf. auf ein neues von der 5. Schwangerschaftswoche ab zuverlässiges Zeichen aufmerksam. Dieses besteht in dem Nachweis eines in der vorderen oder bei Retroflexio hinteren Korpuswand an der Grenze von Korpus und Cervix bei bimanueller Untersuchung fühlbaren runden und elastisch-fluktuierenden Bezirkes, dessen Ausdehnung, von der einen Fingerspitze beginnend, mit der Schwangerschaft wächst und außer in der Gravidität nur bei Auftreten cystischer Tumoren in der Uteruswand sich findet. Mit dem Hegarschen Zeichen hat es nur

das gemeinsam, daß beide wohl einer Hypertrophie des vasculären Apparates der Uteruswand ihre Entstehung verdanken. Da es bei der Extrauteringravidität fehlt, so hält Verf. es auch für das sicherste differenzialdiagnostische Mittel in derartigen zweifelhaften Fällen, und da mit dem Fruchttod bei uterinem Abort an Stelle des elastischen, cystischen ein weiches, teigiges Gefühl auftritt, so will Verf. auch mit Sicherheit hieraus den drohenden, unvermeidlichen und kompletten Abort voneinander unterscheiden können. Bedingt sein soll dies Zeichen durch einen hypertrophischen Prozeß der muskulären-fibrösen Elemente sowie besonders des vasculär-lymphatischen Systems der Uteruswand, der an der Grenze von Cervix und Korpus beginnt und daher hier am frühzeitigsten sich in dem beschriebenen Zeichen äußert. *Vaßmer* (Hannover).

Fekete, Alexander, und Felix Gál: Zur Serodiagnose der Schwangerschaft mittelst der Abderhaldenschen Reaktion. (*Univ.-Frauenklin.* Nr. II, *Budapest.*) Orvosi Hetilap. Jg. **57**, Nr. 39, S. 715—717. (Ungarisch.)

Verff. hielten sich streng an die von Abderhalden angegebenen Vorschriften. Nur ganz weiße Placenta und vollständig hämolysefreies Serum wurde verwendet. Die Hülsen wurden mittelst Pepton und Serumeiweiß ausprobiert. Bei jedem Versuche wurde Serum und Placenta, zur Kontrolle Serum allein eingestellt, außerdem beim größten Teil der Versuche auch bei 56° inaktiviertes Serum mit Placenta, damit die etwa aus dem Serum und der Placenta diffundierenden, nicht durch Verdauung entstandenen reagierenden Körper auszuschließen seien. Die Versuche wurden teilweise an graviden Frauen, teilweise an normalen, endlich an solchen Frauen vollführt, welche mit verschiedenen Krankheiten behaftet waren (Adnextumoren, Carcinom, Myom, Endometritis, Ovarialerkrankungen etc.). Bei 34 Graviden war die Reaktion in 32 Fällen positiv, in 2 Fällen negativ. Bei 13 gesunden in 11 Fällen negativ, in 2 Fällen positiv. Bei verschiedenen Krankheiten unter 47 Fällen 36 mal negativ, in 8 Fällen positiv, 3 mal unbestimmbar.

Zur Eliminierung aller Fehlerquellen wünschen Verff., daß nur solche Plazenten zur Verwendung kommen, welche mit bestimmt negativem Serum (Männerserum) eingestellt, kein mit Ninhydrin reagierendes Dialysat ergeben. Die Reaktion ist nach der Meinung der Verff. nicht absolut beweisend, wird aber wahrscheinlich bei Vervollkommnung der Technik zu einer einwandfreien Methode zur Schwangerschaftsdiagnose werden. *Frigyesi* (Budapest).

Paramore, R. H.: The intra-abdominal pressure in pregnancy. (Der intraabdominelle Druck in der Schwangerschaft.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the British Empire Bd. **24**, Nr. 2, S. 76—90 u. Nr. 3, S. 149—171. 1913.

Verf. hat an 24 Schwangeren (19 Erstgebärende und 5 Zweitgebärende) zu verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft, zum Teil auch im Wochenbett, sowie zum Vergleich auch an 2 nicht schwangeren Frauen experimentelle Versuche über die Höhe des intraabdominellen Druckes angestellt. Zu diesem Zwecke wurde ein mit Luft gefüllter Fingercondom, mit Hg-Manometer verbunden, in das Rectum eingelegt und nun in den verschiedenen Lagerungen (Rücken-, Seiten- Knie-, Ellbogenlage, Stehen) der Rectaldruck bestimmt. Wie Verf. summarisch berichtet, fand er in allen Fällen den Druck gegenüber den nicht graviden Frauen erhöht, wobei er besonders hohe Werte (2—3fache) in der linken Seitenlage und in 2 Fällen von Toxinämie fand. Entgegen den Anschauungen früherer Experimentatoren, welche eine Erhöhung überhaupt nicht fanden oder sie zum größten Teil auf die durch den graviden Uterus vermehrte Volums- und damit Gewichtszunahme des Bauchinhaltes zurückführten, glaubt Verf. dieselbe auf eine tonische Kontraktion der Bauchwandmuskel und Hypertrophie des Diaphragma zurückführen zu müssen, auf welche dann sekundär die Beckenbodenmuskulatur mit Hypertrophie antwortet. Diese tonische Kontraktion und dadurch bedingte Erhöhung des intraabdominalen Druckes besteht nicht im Beginn der Gravidität, da es hier zunächst wie bei vermehrter Nahrungsaufnahme, langsam wachsenden Tumoren, Ascites usw. noch teils zu einer reflektorischen Erschlaffung, teils durch den noch ermöglichten Wechsel zwischen Arbeit (aufrechte Haltung) und Ruhe (Nachtruhe) zu einer wahren Hypertrophie der Bauchmuskeln kommt. Mit dem Augenblick aber, wo der rasch wachsende Uterus die vordere Bauchwand erreicht und vordrängt, re-

sultiert aus der fortdauernden Dehnung dieser Muskel eine Verdünnung und Atrophie dieser Muskeln und ihrer Aponeurosen, welche sich klinisch in der nur für die Gravidität charakteristischen Diastase der M. recti äußert, die ebensowenig wie eine Erhöhung des intraabdominalen Druckes bei langsam wachsenden Tumoren — hochgradiger Korpulenz usw., obgleich hier die Volumen- und Gewichtszunahme oft dem in der Gravidität gleichkommt, eintritt. Wenn Verf. auch den Einfluß der vermehrten Volumszunahme des Bauchinhaltes nicht ganz leugnet, so sieht er einen weiteren Beweis für die Wirkung der tonischen Contractur der gesamten Bauchwandmuskeln auch darin, daß er die höchsten Werte bei jungen sehr kräftigen Primigraviden fand, obgleich das Gewicht des Uterus bei Mehrgebärenden oft größer ist, ferner darin, daß bei vermehrten Ansprüchen an die tonisch kontrahierten aber atrophischen Muskeln in den späterem Stadien der Gravidität (Aufrichten aus liegender Haltung, Husten, Pressen) keine entsprechende Vermehrung des Rectaldruckes gegenüber nicht graviden Frauen eintritt. *Vaßmer* (Hannover).

Huffmann, Otto V.: Decidual casts. (Abgänge von Decidualgewebe.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Jg. **68**, Nr. **4**, S. 704 bis 710. 1913.

Unter Hinweis auf die Wichtigkeit der richtigen Erkennung der Abgänge von Decidualgewebe für die Diagnose einer Extrauteringravidität, sowie auf die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose zwischen den Abgängen bei Tubargravidität und den bei Abortus und den bei Dysmenorrhoea membranacea, beschreibt der Verf. an der Hand einiger Bilder charakteristische Merkmale für die ersteren. Er findet sie in den Stromazellen, welche die Decidua compacta aufbauen; sie zeichnen sich bei bestehender Schwangerschaft durch ihre Größe, ihre dunklen, scharf umschriebenen Kerne, sowie durch ihr Enganeinandergefügtsein aus. *Schauenstein* (Graz).

Steffen: Im 5. Monat der Gravidität perforierter Uterus. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 4, S. 484—485. 1913.

Bei einer 31 jährigen IV.-para sollte wegen Phthise und vitium cordis die Schwangerschaft unterbrochen werden. Der Arzt unterschätzte anscheinend die Entwicklung der Gravidität und versuchte Ausräumung mit der Abortzange, nachdem der Uterus mit Hegarstiften auf 1—2 Finger dilatiert worden war. Verdacht auf Perforation, als die Abortzange Fettgewebe förderte. Spaltung der vorderen Uteruswand, Entfernung der Frucht, Perforationsöffnung in der hinteren Wand in der Höhe des inneren Muttermundes. Vaginale Totalexstirpation. Da verletzte Darmschlingen sichtbar werden, Laparatomie. Versorgung ausgedehnter Serosarisse am S. romanum. Heilung. Perforation wahrscheinlich schon bei der Dilatation entstanden (es hatte dabei abnorm stark geblutet) und begünstigt durch tiefen Sitz der Placenta. *Zinsser.*

Delestre, M.: Les théories nouvelles sur la pathogénie et le traitement de l'autointoxication gravidique et des vomissements incoercibles. (Neue Theorien über Pathogenie und Behandlung der Autointoxikation und des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren.) Gaz. des hôp. Jg. **86**, Nr. 128, S. 2037 bis 2038. 1913.

M. Pinards Theorie, daß eine Insuffizienz der Leber die Bekämpfung der Autotoxine beeinträchtigt, hat mit ihrer Therapie von Ruhe, Milchdiät, Hygiene nur gelegentlich Erfolg. Zudem weisen die Erscheinungen der ersten Monate in ihrer Verschiedenheit von denen der letzten auf verschiedene Toxinwirkung hin. Weiter wurde der gelbe Körper als Produzent von Antitoxinen gegen die von dem Zottensyncytium des Eies gebildeten Toxine angenommen, zumal die Beschwerden der ersten 4 Monate mit dem lebhaftesten Wachstum der Placentargewebe zusammenfallen, außerdem jene Intoxikationserscheinungen auch bei mehrfacher Gravidität und Hydatidenbildung, also besonders starker Placentawucherung, sich steigern. Therapie mit Corpus luteum- und auch mit Thyreoidea- und Nebennierenextrakten ergab öfters Erfolge, so daß an eine gemeinsame Wirkung dieser 3 Drüsen gedacht werden muß. Jedenfalls muß das Blutserum der schwangeren Frau jene Antitoxine enthalten; daher haben Injektionen von 10, später 20 ccm Serum einer sich wohl befindenden Schwangeren in den ersten

4 Monaten bei Graviden mit jenen Beschwerden Besserung erzielt. Autor plädiert für Versuche mit Hygiene und Milchdiät, Corpus luteum-, Thyreoidea- und Nebennierenextrakten, sowie Serum, eventuell bei Nervösen auch mit Suggestion, um auf empirischen Wege das schädigende Moment zu bekämpfen. *Mohr* (Berlin).

Lawes, C. H. E.: Small pox and pregnancy. (Blattern und Schwangerschaft.) Australas. med. gaz. Bd. **34,** Nr. 15, S. 340. 1913.

Fall von Blattern bei Gravidität $5^1/_2$ m. Nach Rückkehr aus dem Krankenhause bei Gravidität $6^1/_2$ m. Frühgeburt. Zwillinge. Das eine Kind ganz mit Blattern bedeckt geboren, lebte 3 Wochen, das andere, ohne Erscheinungen der Blattern geboren, 12 Stunden. Autor führt den Tod bei beiden auf die Frühgeburt zurück. *Mohr* (Berlin).

Eisenbach, M.: Über Herzerkrankung und Schwangerschaft. (*Frauenklin., Univ. Tübingen.*) Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **19,** H. 1, S. 39—88. 1913.

Verf. fand unter 3037 Geburten der Tübinger Frauenklinik 45 mal Komplikation mit Herzerkrankung. In diesem Zusammentreffen liegt im allgemeinen keine ernste Gefahr, soweit es sich um kompensierte Herzerkrankungen handelt. Nur bei besonders schweren Formen sind Störungen zu befürchten. Einen besonderen Einfluß der Art des Herzfehlers konnte Verf. nicht konstatieren, ebenso keinen ausgesprochen ungünstigen Einfluß der Mitralstenose. Bei Eintritt von Kompensationsstörungen in der Schwangerschaft und bei Erfolglosigkeit interner Behandlung soll möglichst frühzeitig der Abort eingeleitet werden. Für die Unterbrechung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft stellt der in Lumbalanästhesie ausgeführte vaginale Uterusschnitt eine vorzügliche Methode der schonenden und raschen Entbindung dar. Eine Neigung zu spontaner Unterbrechung der Schwangerschaft bei Herzfehler ist nicht festzustellen. Die Gefahren für den Geburtsverlauf sind im allgemeinen gering. Der reine Klappenfehler bedeutet für die Geburt überhaupt keine Gefahr, sofern nur der Herzmuskel in gutem Zustande ist. Dagegen kann ein geschädigter Herzmuskel infolge der durch die Wehen bedingten plötzlichen Druckschwankungen schon im Beginn der Eröffnungsperiode völlig insuffizient werden, auch wenn vorher keine Anzeichen einer Dekompensation bestanden haben. Eine Abkürzung der Geburtsdauer durch operative Eingriffe ist im allgemeinen nicht erforderlich; eine solche wird im wesentlichen auf solche Fälle zu beschränken sein, bei denen es infolge schwerer Herzmuskelschädigung zu bedrohlichen Insuffizienzerscheinungen unter der Geburt kommt. Wenn der Verlauf früherer Schwangerschaften und Geburten gezeigt hat, daß jede weitere Belastung des Herzens durch erneute Gravidität oder Geburt eine Lebensgefahr für die Frau bedeutet, so ist die operative Sterilisierung angezeigt. Eine erhöhte Atoniegefahr besteht bei Herzfehler nicht. Im Wochenbett sind besondere Störungen nicht zu befürchten. Puerperale Infektion, selbst leichterer Natur, kann bei einer bestehenden Herzschädigung zu bedrohlichen Erscheinungen führen; dieselbe ist im Hinblick auf die Gefahr einer rekurrierenden Endokarditis besonders ernst aufzufassen. Das Frühaufstehen im Wochenbett ist zu vermeiden. Das Stillen ist durch einen Herzfehler nicht kontraindiziert, nur in Fällen schwerer Dekompensation ist vom Stillgeschäft abzuraten. Die Kinder herzkranker Mütter sind im allgemeinen nicht unterentwickelt. Das Lebensalter ist von großer Bedeutung für die Prognose der durch Herzerkrankung bedingten Schwangerschafts- und Geburtsstörungen. Die Störungen treten von seiten des Herzens um so schwerer und lebensbedrohlicher auf, in je vorgerückterem Lebensalter die Frauen stehen. Diese Erscheinung erklärt sich aus der mit den Jahren zunehmenden Herzmuskelschädigung, wobei auch der ungünstige Einfluß einer größeren Geburtenzahl zu berücksichtigen ist. *Runge* (Berlin).

Webster, J. Clarence: The conduct of pregnancy and labor in acute and chronic affections of the heart. (Schwangerschafts- und Geburtsleitung in akuten und chronischen Herzerkrankungen.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc., 38. ann. meet., Washington 6.—8. V. 1913.) Americ. journal of obstetr. Bd. **68,** Nr. 2, S. 315-319. 1913.

Bei akuten Herzerkrankungen in der Schwangerschaft empfiehlt Verf. nicht sofort die Gravidität zu unterbrechen, sondern unter Bettruhe und medikamentöser

Behandlung erst eine Besserung der Herzerscheinungen abzuwarten, dann aber auf jeden Fall den Uterus zu entleeren. Bei chronischen Herzleiden sollte eine Schwangerschaft auf jeden Fall verhütet werden, ist diese trotzdem eingetreten, so ist Verf. auch hier generell für Unterbrechung der Schwangerschaft, da nur in Ausnahmefällen diese ohne Schädigung der Mütter verläuft. Auch hier soll vor der Unterbrechung erst eine Besserung der Herzsymptome versucht werden, diese selbst soll, außer bei vitaler Indikation nicht durch chirurgische Eingriffe und am besten unter Lokalanästhesie, falls Allgemeinanästhesie nötig unter Stickstoffoxydul-Sauerstoffnarkose oder bei Fehlen von Lungenerscheinungen unter Äthernarkose vorgenommen werden.

Vaßmer (Hannover).

Outerbridge, George W.: Decidual reaction in the appendix in intra-uterine pregnancy. (Deciduale Reaktion im Wurmfortsatz bei intrauteriner Gravidität.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. **19**, S. 1702—1705. 1913.

Während früher von Hirschberg in einem Falle von rechtsseitiger Tubargravidität Deciduabildung am Wurmfortsatz nachgewiesen wurde, fand Outerbridge in der am 10. Tage nach normaler Entbindung wegen akuter Erkrankung exstirpierten Appendix an einer Stelle unter der Serosa einen Haufen dicht aneinander liegender Zellen, die völlig den Charakter von Deciduazellen trugen. In 23 daraufhin untersuchten Appendices, die bei intra- oder extrauteriner Gravidität exstirpiert worden waren, konnte Deciduazellenbildung nicht nachgewiesen werden, dagegen wird im Anhang noch über einen weiteren Fall berichtet, wo in der bei sechsmonatlicher Gravidität entfernten Appendix ebenfalls in der stark entzündlich veränderten Serosa deciduaartige Zellen gefunden wurden. *Bondy* (Breslau).

Mann: Die Schwangerschaftsglykosurie, eine Form des renalen Diabetes. (*Med. Klin., Breslau.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **78**, H. 5/6, S. 488—500. 1913.

Verf. hat bei Hausschwangeren der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau, die entweder spontan oder bei Prüfung auf alimentäre Glykosurie oder bei Zufuhr von Amylaceen Zucker ausschieden, Blutzuckeruntersuchungen vorgenommen. Es scheint, nach seinen Beobachtungen, bei fast allen Schwangeren ein latenter renaler Diabetes zu bestehen. Den höchsten Grad dieser renalen Störung stellt wohl der spontane Schwangerschaftsdiabetes dar. In einzelnen Fällen tritt die Glykosurie spontan, in anderen erst nach Kohlehydratbelastung und Traubenzuckerzufuhr auf. Diese Unterschiede erklären sich wohl aus dem mehr oder weniger hohen Grade der Nierenschädigung, die als funktionell anzusehen ist. Jede Niere in der Schwangerschaft ist empfindlich gegen Blutzuckerwerte, die innerhalb der physiologischen Grenzen liegen oder sie wenig überschreiten. Je nachdem der Blutzuckergehalt etwas mehr nach oben oder unten schwankt, reagieren die Nieren mit größerer oder geringerer Zuckerausscheidung.

Bruno Wolff (Rostock).

Novak, J., O. Porges und R. Strisower: Über eine besondere Form von Glykosurie in der Gravidität und ihre Beziehungen zum echten Diabetes. 1. Schwangerschaftsglykosurie. (*I. med. Klin. u. II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **78**, H. 5/6, S. 413—453. 1913.

Auf Grund eigener Untersuchungen kommen die Verff. zu dem Ergebnis, daß die Schwangerschaftsglykosurie in der Regel auf einer Überempfindlichkeit der Nieren gegen Blutzucker beruht, ohne daß sich bei den meisten Fällen eine Störung in der Regulierung des Kohlehydratstoffwechsels nachweisen ließe. Zum Beweise für das Vorhandensein einer Schwangerschaftsleber mit anatomisch und funktionell nachweisbarer Störung kann weder die spontane noch die alimentär erzeugte Zuckerausscheidung in der Gravidität herangezogen werden. Des weiteren berichten die Verff. über drei in der Wiener II. Frauenklinik beobachtete Fälle von echtem mit Schwangerschaft kompliziertem Diabetes. Der vielfach hervorgehobene nachteilige Einfluß des Diabetes auf das Schwangerschaftsprodukt zeigte sich auch hier, ebenso der unheilvolle Einfluß der Schwangerschaft auf den Verlauf des Diabetes. Einmal bestand Hydramnion, das mit dem Diabetes jedenfalls in ursächlichen Zusammenhang zu bringen ist. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal zwischen einem echten Diabetes und einer intensiveren Schwangerschaftsglykosurie ergibt sich aus dem Blutzuckergehalt. *Bruno Wolff.*

Flouquet: Pyonéphrose; grossesse; scarlatine. Guérison. (Pyonephrose, Schwangerschaft, Scharlach. Heilung.) Rev. prat. des mal. des organes génito-urin. Jg. **10**, Nr. 58, S. 292—293. 1913.

Bericht über einen Fall schwerer linksseitiger Pyonephrose mit großem perinephritischen Absceß, der gespalten wurde und mit Fistelbildung heilte. 2 Jahre danach Schwangerschaft und Entbindung mittels Zange. Im Wochenbett schwerer Scharlach. Völlige Ausheilung, auch der erkrankten Nierengegend unter Verödung der Niere. *Kneise* (Halle a. S.).

Pasteau, O.: Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pyélonéphrite gravidique. (Betrachtungen über die Ätiologie und die Behandlung der Schwangerschaftspyelonephritis.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8**, Nr. 8, S. 465—475. 1913.

Die Bezeichnung Schwangerschaftspyelonephritis ist auf diejenigen Fälle zu beschränken, die vor der Schwangerschaft nachweislich gesund waren und bei denen die Erkrankung während der Schwangerschaft oder im Anschluß an dieselbe auftritt. Die Pyelonephritis während der Schwangerschaft kommt nach Pasteau hauptsächlich als Folge der allgemeinen starken Kongestion des kleinen Beckens und seiner Organe zustande, die eine Schwellung hervorruft. Der Ureter wird durch ein Ödem der Uretermündung verengert, das leicht zu einer renalen Retention führen kann. Bestehende Wanderniere begünstigt das Zustandekommen; die bei der Schwangeren so häufige Verstopfung kann zur Infektion intestinalen Ursprungs führen. Die Prognose hängt ab vom Grade der Läsion, der Virulenz der Erreger und der Widerstandsfähigkeit des Organismus. Als Behandlung empfiehlt P. seine Methode der Blasendehnung, bei der jedoch zu beachten ist, daß sie nicht über die „physiologische Kapazität" der Blase hinausgehen darf, daß sie nur ganz kurz sein darf und daß sie wiederholt werden muß. Hinzugefügt werden kann vollständig horizontale Lagerung, mit leichter Erhöhung des Kopfes durch ein Kissen, eventuell mit Hochstellung des Fußendes des Bettes. P. hat bei dieser Behandlung in 15 Jahren keinen Fall gesehen, in dem die Schwangerschaft vorzeitig hätte unterbrochen werden müssen. Die Nephrotomie bleibt ausschließlich für die Fälle von Pyonephrose reserviert, in denen der Ureterkatheterismus die stürmischen Symptome nicht zu beseitigen vermag. Mit der Entbindung pflegt die Erkrankung rasch abzuheilen. In manchen Fällen bleibt jedoch ein gewisser Grad von Infektion bestehen. In anderen kommt es erst nach der Entbindung zur renalen Retention und zur Infektion, meist infolge einer Nierensenkung. Die Frage der Behandlung gerade dieser Fälle ist von besonderer Wichtigkeit, da die lokalen Symptome meist geringfügig sind und das Allgemeinbefinden gut ist. Für diese Fälle ist die beste und allein wirksame Behandlung der Ureterenkatheterismus mit regelmäßigen Entleerungen und Spülungen des Nierenbeckens, zu welch letzteren P. nur schwache Lösungen von Argent. nitr. verwendet (1: 1000 bis höchstens 1: 500). Nur für die Fälle mit erheblichen Retentionen bei Temperatursteigerung und gleichzeitig schlechtem Allgemeinbefinden und für die echten Pyonephrosen kommt die Nephrotomie in Betracht. *Colmers* (Koburg).

Bacon, Charles S.: The essentials of sanatorium treatment of tuberculous gravidae and puerperae and their children. (Das Wesentliche bei der Sanatoriumsbehandlung tuberkulöser Schwangerer und Wöchnerinnen, sowie ihrer Kinder.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 10, S. 750 bis 752. 1913.

Verf. schätzt, daß es in Amerika im Jahre ca. 32 000 schwangere Frauen mit Tuberkulose gibt, während in der Praxis diese von der Aufnahme in Sanatorien nahezu ausgeschlossen sind, trotzdem es in Amerika Sanatorien mit 30 000—40 000 Betten für Tuberkulöse gibt. Tatsächlich ist aber eine geeignete Behandlung in eignen Hause nur Wohlhabenden möglich. Die Unterbringung der Graviden und Wöchnerinnen erscheint aber gerade besonders bedeutungsvoll im Hinblick auf die Zukunft der Kinder und die Weiterverbreitung der Krankheit. Von 10 000 Kindern, die jährlich in einem Lebensalter unter 5 Jahren an Tuberkulose starben, hatten $^3/_4$ tuberkulöse

Mütter. Eine Schwierigkeit besteht für die Mütter in der Unterbringung der größeren Kinder. Für diese muß also besonders Sorge getroffen werden. Daher hat man für das städtische Sanatorium in Chikago, das jetzt mit 850 Betten im Bau ist, außer Räumen für die Schwangeren und Wöchnerinnen, Gebär- und Stillräumen eine besondere Abteilung für die älteren Kinder der aufgenommenen Mütter geschaffen. *Rothe.*

Carmichael, E. Scott: Two tumours complicating pregnancy. (Zwei Tumoren als Komplikation der Schwangerschaft.) Transact. of the Edinburgh obstetr. soc. Bd. **38**, S. 301—305. 1913.

Im 1. Falle handelte es sich um ein apfelgroßes gestieltes, subseröses Myom des Fundus und ein Myom der Cervix, die Patientin befand sich im 5. Schwangerschaftsmonat. Auf Wunsch der Frau wurde das Myom des Corpus entfernt, während man das der Cervix, um keine Frühgeburt herbeizuführen, sitzen ließ. Da man sich bei der Sectio in viva überzeugt hatte, daß eine Geburt per vias naturales unmöglich sei, wurde am Ende der Gravidität der Kaiserschnitt gemacht (Gemini). Im 2. Falle bewirkte eine stielgedrehte Cervicalcyste Strangulation des Colon. Durch Entfernung der Cyste Heilung. Am 6. Tage post operationem Frühgeburt eines 6 Monate alten Foetus. *Wiemer* (Herne).

Geburt:

Neuwirth, Karl: Pituitrin in der Eröffnungsperiode. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 38, S. 2120. 1913.

Bei einer 33jährigen Ipara war trotz 16stündiger kräftiger Wehen kein Fortschritt zu bemerken, Cervix noch erhalten. Muttermund für 1 Finger durchgängig, Blase straff, Kopf scheint eingetreten zu sein. Wehen stürmisch, krampfartig. Trotzdem gab Neuwirth eine Spritze Pituitrin. Nach $2^1/_2$ Stunden erfolgte die spontane Geburt ohne Verletzungen.

Neuwirth glaubt, den günstigen Ausgang allein dem Pituitrin zuschreiben zu müssen und empfiehlt deshalb, das Mittel in der Eröffnungsperiode weiter zu versuchen. *Hüffell* (Darmstadt).

Demelin, L.: Le pronostic de la grossesse et de l'accouchement lorsque l'utérus contient deux jumeaux. (Die Prognose der Schwangerschaft und Geburt bei Zwillingen.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8,** Nr. 10, S. 577—585. 1913.

Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft bildet die hauptsächlichste Todesursache bei Zwillingen. Von 200 Früchten kamen 70 tot zur Welt, darunter 30 unzeitig, 29 frühzeitig und 11 rechtzeitig geboren. Die Zwillinge Mehrgebärender haben bessere Lebensaussichten als die von Erstgebärenden. Um die vorzeitige Ausstoßung zu verhüten, ist Bettruhe zu empfehlen, sobald die Diagnose feststeht. Die mütterliche Prognose wird vor allem dadurch beeinträchtigt, daß, wenn einmal Komplikationen (Blutungen, Infektion) eintreten, diese gewöhnlich bei Zwillingsgeburten ernsthafter zu beurteilen sind als bei einfachen Geburten. Von den 100 Müttern starb eine an Sepsis. *Holste.*

Colorni, C.: Sui vantaggi dall'esplorazione rettale durante il travaglio di parto. (Über die Vorteile der Untersuchung per rectum während der Geburt.) (Soc. Emiliana e Marchigiana di ostetr. e ginecol., 34. adunanza, Bologna 29. VI. 1913.) Lucina Jg. 18, Nr. 7, S. 110—112. 1913.

Der Verf. empfiehlt wärmstens die rectale Untersuchung und betont, daß man fast alle Details dabei ebenso genau erkennen könne wie bei der vaginalen Untersuchung; das Bestehen der Fruchtblase könne allerdings nur während einer Wehe an der fluktuierenden Vorwölbung erkannt werden. Einzig und allein über die Weite des inneren Muttermundes gebe die rectale Untersuchung ungenügenden Aufschluß; jedoch glaubt Verf. sich in diesen Punkte meist auf die Angaben der Hebamme verlassen zu können, die doch wohl schon stets früher vaginal (allerdings meist wenig aseptisch) untersucht habe. *Hofstätter* (Wien).

Cuny, Fernand: Die Behandlung der Geburt bei engem Becken in Basel. Mit Vorwort von Otto v. Herff. (*Frauenspit., Basel-Stadt.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **74,** H. 2/3, S. 709—756. 1913.

Das Material erstreckt sich auf die Beobachtung von 2000 Geburten mit engem Becken. Ganz fehlerfrei sind die Zahlen nicht, da viele Gebärende nicht mehr innerlich gemessen werden konnten und daher die Conjugata externa allein zur Bemessung in Frage kam, die im allge-

meinen nur Schluß auf Verengerung im graden Durchmesser zuläßt. Es ist als oberer Grenzwert 18 cm angenommen, ein höheres Maß nur dann einbezogen, wenn durch innere Messung ein verengtes Becken festgestellt wurde. Bei einer Conjugata externa von 18 cm ist nie eine normale vera gefunden worden. Die Größe der aus der alleinigen Conjugata-externa-Berechnung resultierenden Fehler ist mit 10% eingesetzt. Die Ausmessung im Geburtskanal ist bei 500 engen Becken stets vorgenommen worden mit dem Faraboef - v. Herffschen Instrument. In drei Fällen konnte an der Leiche nachgemessen werden, wobei eine Abweichung von kaum 2—3 mm gefunden wurde. Die „kausale Therapie mit Hilfe der künstlichen Frühgeburt" wurde bei durch Beckenenge erschwerter Geburt prinzipiell angewandt, wodurch es gelang, die Zahl der spontanen Geburten bei engem Becken auf 88,7% zu steigern. Das Leben von Mutter und Kind gleichwertig einzuschätzen ist falsch, abgesehen vom sozialen Wert der Familienmutter auch mit Rücksicht auf die hohe Mortalität in der Entwicklungszeit. Als wesentlichste kausale Therapie wurde die künstliche Frühgeburt in über 160 Fällen gepflegt und studiert. Für die Anzeigestellung der künstlichen Frühgeburt kommen die Einpressungsmethoden P. Müllers und Hofmeiers, die Abtastung und Abschätzung der Verhältnisse des Kindskopfes und vor allem die Festlegung der Verhältnisse der größten Entfernung zwischen der Kopfwölbung und der Grube der Spina des V. Lendenwirbels zur Conjugata externa in Betracht; letzteres aus Amerika stammendes Rückenkopfmaß — R K — ist wichtig. Ist R K gleich oder kleiner als die Externa, so tritt der Kopf ein, ist R K 1 cm größer als die Externa, so kann mit Walcher-Kleinscher Hängelage der Kopf passieren, bei Unterschied von 2 cm besteht Unsicherheit, bei 3 cm Unmöglichkeit der Spontangeburt. Die künstliche Frühgeburt wird mit dem Blasenriß eingeleitet; Bougieeinführung und Hystereuryse wurde verworfen. Die Kinderverluste sind zwar noch ein Nachteil, doch nimmt die Zahl immer mehr ab und ist gegenüber den Kaiserschnittkindern nichts weniger als ungünstig. Cuny wiederholt und unterstreicht zunächst die eingangs der v. Herffschen Vorrede gemachten Ausführungen und geht dann zur Statistik über. Im Zeitraum 1902—1909 waren unter 10 289 Geburten 1368 mit engem Becken = 13,7%; werden die 21 Zwillingsgeburten nach Einzelgeburten gerechnet, so ergeben sich 1389 Geburten bei engem Becken. Im Zeitraum 1910—1912½ waren 668 Geburten mit engem Becken, im ganzen also 2036 Geburten mit 2061 Kindern, von denen 1663 = 80,7% spontan verliefen. Die längste Geburtsdauer betrug 6 Tage bei einer 38 jährigen VIII para. Von den Kindern waren tot oder starben 3,6—3,7%. Es ergibt sich, daß die Beckenverengerungen in den meisten Fällen spontane Geburten erwarten lassen, was zu erstreben ist. Die kausale Behandlung muß für schwere Fälle reserviert bleiben. Die Wendung wurde unter 1389 Geburten (1902—1909) 9 mal ausgeführt = 3,5%. Unter den 668 Geburten (1910—1912½) wurde 16 mal gewendet = 2,3%. Eine Mutter starb. Von den Kindern kommen 9 Todesfälle auf das Konto der Wendung = 18,3%. Mittels der Zange wurden im ganzen 71 Geburten beendet = 5,1%; im Zeitraum 1910—1912½ dank der Secacornin- resp. Pituglandolanwendung 25 = 3,7%. Die hohe Zange wurde bei 10 Erst- und 16 Mehrgebärenden angelegt, die Indikation rührte 13 mal von der Mutter und 13 mal von Kinde her. Es starben 6 Kinder, von denen 2 der hohen Zange nicht zur Last fallen = 15,3%. Im Verein mit Mischer darf die Berechtigung der hohen Zange bei Beckenenge betont werden. Sie ist das letzte Mittel der expektativen Geburtsleitung vor Ausführung der Perforation, sie ist anderen Eingriffen überlegen und zwar mit Rücksicht auf die nötige Schonung der Mutter. Sie empfiehlt sich für die Hauspraxis. Die Kraniotomie resp. Embryotomie ist 19 und 9 mal ausgeführt worden, und zwar nie am lebenden Kind. 8 mal kam sie als sekundäre Operation in Frage. Der Blasenstich garantiert bei leichter Ausführbarkeit naturgemäße Entwicklung der Geburt. Überlange Geburtsdauer läßt sich abkürzen durch Secacornin und Pituglandol, oder durch Entleerung des Fruchtwassers durch Blasenriß. Erschwerung der ev. späteren Wendung dürfte selten vorkommen. Infektion des Uterusinhaltes durch Scheidenkeime kann durch periodische Scheidenspülungen vermindert werden. Bei 126 eingeleiteten Frühgeburten früherer Zeit wurde 108 mal der Blasenriß angewendet, 24 der letzten Zeit wurden sämtlich auf diese Weise behandelt. Wenige Geburten dauerten 3—4 Stunden, die längste Geburtsdauer war 18 Tage. Es wurden 153 Kinder geboren, von denen 24 tot zur Welt kamen, 8 bald darauf starben. Drei Totgeburten müssen abgezogen werden, es ergibt sich also 86,2% lebendgeborene Kinder und 80 resp. 82% lebend entlassene Kinder. Dieses Resultat spricht für den Wert der kausalen Therapie der künstlichen Frühgeburt in der Hauspraxis. Es fieberten 33 Fälle, aus genitalen Ursachen 15 = 11,9%. Von den 150 Frühgeburten verliefen spontan 87%, womit das Ziel, eine Spontangeburt zu erzwingen, weitgehend erreicht ist. Die künstliche Frühgeburt ist also ein in jeder Beziehung berechtigter segensreicher Eingriff, dessen Ausmerzung ein Rückschritt in der Behandlung enger Becken bedeutet. Beckenspaltungen wurden in 8 Fällen = 0,5% ausgeführt. Die dauernden Schäden der Mutter lassen die Operationen nur als äußersten Notbehelf berechtigt erscheinen. Der Kaiserschnitt ist in 12 Fällen zur Ausführung gekommen. 1 Kind und 2 Mütter gingen verloren. 10 Mütter bekamen Wochenbettfieber. Das Gesamtergebnis: Mortalität der Kinder, total 8,2%, reduziert auf die Fälle, die nur der Beckenenge zur Last fallen, 7,8%; Morbidität der Mütter (Wochenbettfieber) total 22%, reduziert 15,7%; Mortalität der Mütter total 0,5%, reduziert 0,09%. Die künstliche Frühgeburt und deren beste Methode empfehlen sich also vor allem im mütterlichen Interesse, zumal in der Hauspraxis.

Bonzel (Olpe).

Remy, S.: L'accouchement prématuré doit-il être conservé dans la thérapeutique des bassins rétrécis? (Soll die Frühgeburt in der Behandlung der engen Becken beibehalten werden?) Rev. méd. de l'est Bd. **45**, Nr. 21, S. 784 bis 791. 1913.

Verteidigung der künstlichen Frühgeburt gegenüber der in letzter Zeit so vielfach empfohlenen ausschließlich chirurgischen Behandlung der Geburten bei engem Becken. Der Verf. steht zwar auch auf dem Standpunkt, daß es heutzutage nicht mehr nötig sein solle, ein lebendes Kind zu perforieren und führt gegebenenfalls den Kaiserschnitt aus, auch auf Grund relativer Indikation, doch befürwortet er, die weiteren Entbindungen in der Weise zu leiten, daß unter Zugrundelegung der Größe des Kindes, resp. des biparietalen Durchmessers und seines Verhältnisses zum geraden Durchmesser des Beckens die Geburt in günstigem Zeitpunkte in Gang gebracht wird. Für wichtig hält er es auch, den durch Sectio caesarea einmal Entbundenen zu eröffnen, daß es später bei weiteren Schwangerschaften möglich sei, durch ein vorzeitiges Ingangbringen der Geburt, das Kind auf normalem Wege zur Welt kommen zu lassen. Er verspricht sich davon einen günstigen Einfluß auf das ganze Familienleben und nicht zum wenigsten auf die weitere Vermehrung der Familie. *Voigt.*

Franqué, Otto v.: Über Spaltbecken. Zugleich ein Beitrag zur Verdoppelung der inneren Genitalien. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1. S. 76 bis 100. 1913.

1. 22jährige Frau, früher stets beschwerdefrei, leidet nach ihrer ersten vermittels Zange beendeten Entbindung (Januar 1912), bei der ein Dammriß erfolgte, an Vorfallserscheinungen. Untersuchung (April 1912): Nicht geheilter Dammriß, Prolaps der vorderen Vaginalwand, Cystocele, Uterus retroflektiert, Portio in der Vulva sichtbar. Alle Beckenmaße im Bereiche des Normalen. An Stelle der Symphyse ein 2 cm breiter Spalt, der sich bei extremer Spreizung der Beine bis auf 6 cm erweitern läßt; keine Diastase der Musculi recti, keine Mißbildung der Blase. Bei der Röntgenuntersuchung finden sich typische Kennzeichen der von Breus und Kolisko beschriebenen zweiten Form des Spaltbeckens; besondere Hervorhebung verdient jedoch, daß außer der Beckenanomalie im Gegensatz zu den bisher mitgeteilten Fällen weder an den äußeren und inneren, noch an den Bauchdecken irgendwelche Entwicklungsstörungen vorhanden waren. — Operation: Vordere Kolpotomie, Anteflexion des Uterus durch Verkürzung der Ligamenta rotunda, vordere und hintere Kolporhaphie; bei letzterer ist die Vereinigung der Dammmuskulatur durch starke Querspannung sehr erschwert. Bei der Entlassung ist der Uterus anteflektiert, die Scheide im oberen Teil stark verengt, weiter unten klaffend, da die Nähte hier teilweise wieder auseinandergewichen waren. Kurz danach Rezidiv; sodann Behandlung mit Hysterophor. März 1913 von anderer Seite nochmals erfolglos operiert. 2. Ein weiterer Fall von Beckenspalte, der mit einer Diastase der Musculi recti kombiniert war. Die äußeren Geschlechtsteile zeigten Andeutungen von Entwicklungsstörungen, die inneren waren verdoppelt. Entbindung spontan, lebendes, normal entwickeltes Kind. Nach Ablauf des Wochenbettes Verschluß der Rectusspalte; seitdem beschwerdefrei. Der Vorfall wurde nach Ansicht des Verf. bei dieser Frau durch doppelseitige, ausgiebige Episiotomie, die primär heilte, verhütet. Zum Schluß wird in Anlehnung an Schwalbes Handbuch die formale Genese der vorliegenden Mißbildungen geschildert. *Holste* (Stettin).

Nebesky, O.: Beitrag zur Nabelschnurzerreißung intra partum. (*Geburtsh. Klin., Univ. Innsbruck.*) Arch. f. Gynaekol. Bd. **100**, H. 3, S. 601—640. 1913.

18 eigene Beobachtungen von Nabelschnurzerreißung sub partu, von denen in 13 Fällen eine mikroskopische Untersuchung der Nabelschnur vorgenommen werden konnte, experimentelle Belastungsversuche an 100 Nabelschnüren (3 aus dem VIII. Monat, 8 aus dem IX. Monat, 89 von ausgetragenen Kindern) sowie ein eingehendes Studium der Literatur lassen den Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen bezüglich der Ätiologie und Mechanik der Nabelschnurzerreißung sub partu kommen. Vorausgesetzt, daß keine Umstände vorliegen, welche den freien Fall hemmen, genügt in der Regel allein das Gewicht des Kindes zur vollständigen Abreißung der Nabelschnur. Bei Frühgeburten ist die Resistenzfähigkeit der letzteren absolut etwas geringer als bei ausgetragenen Kindern, nicht jedoch auch relativ, im Verhältnis zur Entwicklung des betreffenden Kindes. Das fötale Drittel der Nabelschnur ist besonders zur Zerreißung prädisponiert, viel weniger das mediane und placentare Drittel bzw. die placentare Insertionsstelle. Die Gefahr des Kindes bei Nabelschnurzerreißung

durch Sturzgeburt ist verhältnismäßig gering in bezug auf Schädelverletzung, aber auch bezüglich Verblutung nicht sehr groß, wenn nur die kindliche Atmung sofort einsetzt. Sehr groß ist die Gefährdung, wenn bei Insertio velamentosa einzelne Gefäße der Nabelschnur zerreißen oder diese infolge der Wehenkraft zerreißt, bevor das Kind geboren ist. Die Differenzierung einer spontanen und einer artifiziellen Durchtrennung der Nabelschnur ist oft unmöglich oder nur sehr schwierig und unsicher. Die Wehenkraft vermag, wenn sie selbst vermehrt oder die Widerstände vermindert sind, eine totale Abreißung der Nabelschnur zu bewirken. Hauptsächlich dann, wenn letztere absolut oder relativ verkürzt ist. Sulzreichtum resp. Sulzarmut an und für sich, ebenso wie die größere oder kleinere Anzahl von Windungen sind gegenüber dem Fallgewicht oder der Wehenkraft ohne besonderen Belang für die Zerreißung. Nabelschnüre mit Gefäßerweiterungen oder Schlingenbildungen zerreißen etwas leichter als solche ohne diese Anomalien, doch erfolgt der Riß ziemlich selten an diesen Stellen selbst. In äußerst seltenen Fällen zerreißt die Nabelschnur oder einzelne Gefäße derselben, ohne daß eine stärkere Krafteinwirkung in Gestalt eines Fallgewichts, vermehrter Wehenkraft bei verkürzter Schnur, geburtshilflicher Operation usw. nachweisbar wäre. Solche Fälle sind zumeist durch Schädigung der histologischen Struktur der Nabelschnur bedingt. Histologisch kann eine Prädisposition der Nabelschnur zur Zerreißung begründet sein durch Mangel an elastischen Fasern in den Gefäßwänden. Dies ist jedoch nur sehr selten der Fall. Viel häufiger wird eine solche Prädisposition gegeben durch histologische Veränderungen der Gefäßmuskulatur oder durch Verminderung und lockere Anordnung des die Sulze durchflechtenden Bindegewebes oder durch infolge pathologischer Veränderungen verminderte Widerstandskraft der Nabelschnurscheide. Letzte Momente bedingen die Möglichkeit einer ungeschwächten Krafteinwirkung auf die Gefäße der Nabelschnur, welche die hauptsächlichen Stützen der letzteren bilden. *Vaßmer* (Hannover).

Metzlar, C.: Ein seltener Fall von Ruptura perinei. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. **46**, S. 1684. 1913.

Bei I para in Rückenlage (Lage von Jonges), — Kind in linker Hinterhauptslage — zerreißt trotz seitlicher Einschnitte der ganze Damm zu einer weitklaffenden Wundhöhle. Bei Vornahme der Naht zeigt sich, daß der Afterring intakt geblieben ist. Der Riß hatte am äußeren Analring begonnen, so daß man Hand und Nabelschnur vorfallen sah, und war von hinten nach vorn weiter gegangen.

Der Fall ist sehr selten; nach v. Winkels Handbuch (III, 2, S. 100) kann der Damm zunächst vor dem Anus quer, später dann im vorderen Teil zentral bis zum Frenulum einreißen, ohne daß der zuerst entstandene Riß erreicht wird, oder es kann der Damm am After zunächst halbmondförmig und später vom Frenulum aus sagittal einreißen. Es werden noch verschiedene Unterarten solcher Rupturen gefunden. F. Engelmann (Zentralbl. f. Gyn. 1900) fand post partum dicht vor dem After eine Wundöffnung, durch die das Kind zur Welt gekommen war. *Bonzel* (Olpe).

Meyer-Ruegg: Uterusruptur. Gynaekol. Rundschau Jg. **7**, H. **22**, S. 833 bis 836. 1913.

Sammelbericht.

Buecheler: Geburten auf ungewöhnlichem Weg. (Mittelrhein. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Sitzg. v. 28. VI. 1913.) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. **4**, S. 493—494. 1913.

1. Bei einer 30jährigen Patientin war nach der ersten Entbindung ein großer linksseitiger Scheidenriß mit breiter, unregelmäßiger Narbenbildung geheilt. Beim zweiten Partus erfolgte die Geburt eines $9^1/_2$ Pfund schweren Mädchens durch linkes Labium und Perineum hindurch bei vollkommen intakter Vulva. — 2. 22jährige I-para mit infantiler, kaum für 2 Finger zugängiger Vulva gebar ein kräftiges Kind bei intakter Vulva durch einen zentralen Dammriß. *Zinsser* (Berlin).

Rübsamen, W.: Über den Blutverlust in der Nachgeburtsperiode. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Klin.-therap. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 26, S. 765—769. 1913.

Es gelang Verf., durch intravenöse Injektionen von Hypophysenpräparaten, welche

nebenbei bemerkt sehr langsam — etwa 1 ccm innerhalb einer Minute — erfolgen müssen, nicht nur atonische Nachblutungen zum Stehen zu bringen, sondern auch den Blutverlust in der normalen Nachgeburtsperiode wesentlich zu vermindern. Er rät deshalb, in allen den Fällen, wo eine stärkere Nachgeburtsblutung zu erwarten ist, bei anämischen, schwachen und hypoplastischen Frauen, wenn der Uterus übermüdet oder überdehnt ist, ganz besonders bei Placenta praevia und Sectio caesarea prophylaktisch Hypophysenextrakt zu injizieren. Die Secalepräparate beginnen erst 20—30 Minuten nach der Injektion zu wirken; es erscheint deshalb ihre Kombination mit Hypophysenpräparaten für die Bekämpfung der Nachgeburtsblutungen empfehlenswert. *Voigt* (Göttingen).

Linville, A. Y.: Eclampsia and its treatment. (Die Eklampsie und ihre Behandlung.) Southern med. journal Bd. **6,** Nr. 5, S. 331—334. 1913.

Übersicht. Nichts Neues. Baldige Entleerung des Uterus wird empfohlen. *Lamers.*

Livingston, George R.: Short notes on five patients who suffered from eclampsia. (Kurze Mitteilungen über 5 Patienten mit Eklampsie.) Trans. act. of the Edinburgh obstetr. soc. Bd. **38,** S. 69—96. 1913.

Von den mitgeteilten Krankengeschichten bietet nur eine Interesse. Die Patientin hatte in 4 aufeinanderfolgenden Schwangerschaften Eklampsie. Das erstemal, als sie 4 Monate schwanger war, das zweitemal im 6. Monat, das drittemal im 7.—8. Monat, das viertemal am normalen Ende der Gravidität. Verf. hatte während der letzten Gravidität Thyreoidin verordnet, doch blieb auch dies ohne Erfolg, kurz nach der Entbindung starb die Patientin. Bei den anderen 4 Patientinnen verlief, abgesehen von einem Falle, wo wegen engen Beckens der Kaiserschnitt gemacht werden mußte, die Eklampsie so leicht, daß außer einer Spritze Morphium resp. Blasensprengung kein weiterer Eingriff nötig war. *Wiemer* (Herne).

Vertes, Oszkár: Zur Pathogenese der Eklampsie. Orvosi Hetilap. Jg. **57,** Nr. 42, S. 771—775, Nr. 43, S. 794—795, Nr. 44, S. 814—816, u. Nr. 45, S. 830—832. 1913. (Ungarisch).

Der gravide Organismus ist durch die Resorption der Chorionzottenelemente in anaphylaktischen Zustand versetzt, wozu die Chorionzotten sehr wohl fähig sind. Wir müssen also die Eklampsie als einen anaphylaktischen Shock betrachten, teils wegen der Symptome, die auf eine gewisse Ähnlichkeit zwischen den anaphylaktischen Erscheinungen und der Eklampsie hinweisen, teils wegen der ähnlichen Veränderungen, welche die Tierorgane und die der an Eklampsie verstorbenen Frauen zeigen. — Auch die Albuminurie zeugt für den anaphylaktischen Ursprung der Eklampsie. *Frigyesi* (Budapest).

Healy, Daniel J.: Suggestions regarding the treatment of eclampsia. (Anregungen betreffs der Behandlung der Eklampsie.) (*Kentucky agricult. exp. station, Lexington, Kentucky.*) Therapeutic rec. Bd. **8,** Nr. 91, S. 177—179. 1913.

Autor schildert die in Symptomen und pathologischen Veränderungen außerordentlich der Eklampsie ähnelnde Geburtslähmung der Kühe. Colostrum erkrankter Kühe rief bei Meerschweinchen organische Veränderungen ähnlich denen der Eklampsie hervor. Die nach J. Schmidt, Kolding, Dänemark, bei Kühen eingeführte Aufblähung des Euters mit Sauerstoff, sterilem Wasser oder Luft hat die Mortalität von 60% auf 1% herabgesetzt. Autor schlägt zur Behandlung der Eklampsie Aufblähung der Brüste, hypodermische Massage und Kompression derselben mittels Bandage vor. Walcher hatte Erfolge mit Auspressen des Colostrums. *Mohr* (Berlin).

Gutzmann, Fr.: Über Kaiserschnitte bei Geburtsstörungen nach antefixierenden Operationen am Uterus. (*Städt. Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Frauenarzt Jg. **28,** H. 8, S. 338—347. 1913.

Verf. sucht nachzuweisen, daß im Gegensatz zur Ansicht anderer Autoren, speziell Schautas, bei antefixiertem Uterus so hochgradige Geburtsstörungen vorkommen können, daß ein abdominaler Kaiserschnitt (ev. auch Porrooperation oder Morcellement des Kindes) unvermeidlich sind; er führt genau 4 Krankengeschichten an, darunter zwei von Schauta kritisierte Fälle Hoffmanns. *Happich* (St. Blasien).

McKay, W. J. Stewart: Notes on a case in which vaginal caesarean section was performed. (Bericht über einen Fall von vaginalem Kaiserschnitt.) Austral. med. gaz. Bd. **34,** Nr. 6, S. 121. 1913.

Die Indikation war Rigidität und Ausbleiben der Eröffnung der Cervix unter der Geburt

nach ausgedehnter Cervixplastik; es wurde der typische Dührssensche vaginale Kaiserschnitt gemacht. *Hannes* (Breslau).

Weibel, W.: Extraperitonealer Kaiserschnitt und Beckenspaltung. (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 45, S. 1649—1652. 1913.

Verf. vergleicht in zahlreichen Parallelen die Erfolge seiner Klinik bei extraperitonealem Kaiserschnitt und Beckenspaltung: sie sind ungefähr gleich. Beide Methoden zusammen ergeben nur 8% kindliche und 3% mütterliche Mortalität. Bei Erstgebärenden und Beckenverengerungen unter 7,5 cm Conjugata vera wird die extraperitoneale Sectio der Beckenspaltung vorgezogen. Nur im äußersten Falle wird Perforation des lebenden Kindes ausgeführt, lieber Totalexstirpation zur Rettung des Kindes. *Happich* (St. Blasien).

Wochenbett:

White, J. A. Henton: Cotton-seed extract and pituitary extract during lactation. (Including an account of a case of triplets entirely breast-fed for seven months.) (Baumwollsamenextrakt und Hypophysenextrakt in der Laktation, zugleich ein Bericht über Drillinge, welche durch sieben Monate ausschließlich an der Brust ernährt wurden.) Practitioner Bd. **91**, Nr. 3, S. 422—423. 1913.

V. para, spontane Geburt von lebenden, weiblichen Drillingen; in der vierten Woche post partum beginnende Mastitis und Abnahme der Milchsekretion; Verf. glaubt, erstere coupiert und letztere gesteigert zu haben durch Anwendung von Pituitrin und Lactagol (entölter Baumwollsamenextrakt) in Verbindung mit leichter Massage. Zwei Drillinge überstanden eine Bronchopneumonie und Masern im Alter von 7 Monaten und gediehen weiterhin gut, wurden mit 10 Monaten noch gestillt; das dritte Kind starb mit 7 Monaten an den Masern. *Schmid* (Prag).

Aschheim, S.: Die Behandlung des fieberhaften Aborts. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 49, S. 2034—2036. 1913.

Übersichtsreferat.

Bollag, Karl: Beitrag zur Calciumtherapie (Calcine) bei Urticaria im Wochenbett. (*Frauenspit. Basel-Stadt.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 45, S. 2514 bis 2515. 1913.

Eine Wöchnerin erkrankte 7 Tage post partum an schwerer scarlatiniformer Urticaria des ganzen Körpers. Nach 2 intra-glutaealen Injektionen von Calcine verschwand das Exanthem prompt. *Jaeger* (Leipzig).

Foetus und Neugeborenes:

Coit, Henry L.: The viability of infants deprived of woman's milk during the first year. (Die Lebensaussichten von Kindern, denen im ersten Lebensjahre die Muttermilch vorenthalten wird.) Americ. practitioner Bd. **47**, Nr. 10, S. 524—527. 1913.

Vorschläge für ein statistisches System, dessen Prinzipien in wenig übersichtlicher Weise auseinandergesetzt werden. *Schmid* (Prag).

Durée obligatoire pour les nourrices de l'allaitement de leurs enfants. (Gesetzlicher Schutz für die Mütter während der Stillzeit.) Journal d'accouch. Jg. **34**, Nr. 47, S. 419—420. 1913.

Verf. bespricht die Erwägungen der Académie de médecine in Paris, das Gesetz zu ändern, nach dem eine Mutter ihr eigenes Kind 7 Monate gestillt haben muß, ehe sie sich als Amme vermietet. Die Hälfte der Mitglieder sprach sich dafür aus, den Zeitraum auf 4 Monate herunterzusetzen. Er stimmt dem zu, falls nach dem Vorschlag Budins zur Bedingung gemacht wird, daß die Amme ihr Kind, während sie das fremde Kind stillt, 3—4 Wochen lang allmählich abstillen darf. In Belgien existiert ein solches Gesetz nicht, was der Verf. lebhaft bedauert. *Rothe* (Breslau).

Hansen, Sören: The inferior quality of the first-born children. (Minderwertigkeit erstgeborener Kinder.) Eugenics rev. Bd. **5**, Nr. 3, S. 252—259. 1913.

Erstgeborene Kinder sind für den Kampf ums Dasein weniger gut von der Natur

ausgerüstet als ihre jüngeren Geschwister, sollen daher ganz besonders sorgfältig gehalten werden. *Schmid* (Prag).

D'Astros, L., et M. Teissonnière: La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson. Étudiée chez 500 enfants du service des enfants assistés des Bouches-du-Rhône. (Die Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und Säugling. Bericht über 500 Kinder der Kinderkrippe der Rhonemündung.) Pédiatr. prat. Jg. **11,** Nr. 3, S. 46—55, Nr. 4, S. 74—76. 1913.

Die Untersuchung erstreckt sich über 500 Kinder von 4 Tagen bis 15 Monaten. Auf die ersten 4—15 Tagen entfallen allein 321 Kinder. War die Reaktion das erste Mal völlig negativ, so wurde, falls das Kind keine klinischen Zeichen einer Lues bot, keine zweite Untersuchung gemacht, war dagegen die Reaktion zweifelhaft oder leicht positiv, so folgte regelmäßig eine Kontrolluntersuchung, ebenso bei positivem Ausfall, wenn gar keine klinischen Erscheinungen von Lues vorhanden waren. Ungefähr 4% aller Kinder zeigten einen positiven Ausfall.

Im allgemeinen ergab jedoch die Untersuchung, daß die Wassermannsche Reaktion bei Kindern und Säuglingen nicht den gleichen diagnostischen Wert besitzt. wie bei älteren Kindern bzw. Erwachsenen. Eine negative Reaktion erlaubt nicht allemal, eine kongenitale Lues auszuschließen, und eine positive bestätigt nicht immer, daß es sich um Lues handelt. Außerdem ist die Reaktion viel häufiger wie beim Erwachsenen schwach positiv oder zweifelhaft. Trotzdem bildet nach Ansicht der Verf. die Wassermannsche Reaktion auch beim Säugling eine wertvolle Stütze zur Sicherung der Diagnose. *Wiemer* (Herne).

Keefe, John W.: Stenosis of the pylorus in infancy with report of cases. (Pylorusstenose bei Säuglingen.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 5, S. 957—964. 1913.

Die Pylorusstenose der Säuglinge findet sich vorzugsweise bei männlichen Brustkindern. Ihr Hauptkennzeichen ist fortdauerndes, meist stürmisches Erbrechen. Sie beruht auf einer Hyperplasie des den Pylorus umgebenden Muskelringes. Statt der bisher üblichen 50% Mortalität und nur geringen Dauererfolg zeigenden Gastroenterostomie empfiehlt Verf. seine Methode der Pyloroplastik: Längsschnitt. Eröffnung des Magens ein Zoll breit vom Pylorus. Längsschnitt über den Pylorustumor durch Serosa und Muscularis bis zur Mucosa. Der hypertrophierte Muskel wird beiderseits bis zur Hälfte des Pylorusringes frei präpariert und ein kleines Stück reseziert. Von der ersten Magenwunde aus wird nun durch dicke Sonden der Pylorusring genügend erweitert und die Poylruswunde quer zur Magenachse durch Knopfnähte geschlossen. Beschreibung von 6 teils gut, teils ungünstig verlaufenden Fälle. *Laubenburg* (Remscheid).

Smith, Richard R.: Intra-uterine fracture. Report of a case and a review of the literature. (Intrauteriner Knochenbruch. Bericht über einen Fall und Literaturübersicht.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 3, S. 346 bis 356. 1913.

Das sonst gesunde Kind, Mädchen, einer 20jährigen gesunden Erstgebärenden zeigt nach der ohne Schwierigkeiten durchgeführten Entbindung in Beckenendlage eine Leformität des rechten Unterschenkels, welche sich (Abbildungen und Röntgenbilder) als schlecht geheilte. intrauterine Fraktur erwies. Leichter Unfall der Mutter 2 Monate vor der Geburt. Mit 18 Tagen Operation: Freilegen der Bruchenden mit dem Meißel (unblutiges Redressement war nicht gelungen), Verband in richtiger Stellung. 6 Wochen später erneute Operation zur Korrektur einer leichten, winkeligen Abknickung; Periostnaht der Tibia. Heilung mit geringer, schon bei der Geburt vorhanden gewesener Verkürzung.

Außer solchen intrauterin entstandenen Knochenbrüchen kann man folgende unterscheiden: Geburtsverletzungen. meist den Kopf betreffend, viele infolge operativer Eingriffe; Frakturen infolge von Knochenerkrankungen (Chondrodystrophie, Osteogenesis imperfecta, Lues); zu Verwechselungen mit Frakturen geben wegen ähnlicher Deformierung häufig Veranlassung gewisse mangelhaft ausgebildete oder gänzlich fehlende Teile des Skeletts. — Zusammenstellung von 43 Fällen von intrauterinen Knochenbrüchen mit ausführlicher Wiedergabe der einzelnen wichtigen Momente aus den Krankengeschichten. *Schmid* (Prag).

Haenisch: Die Röntgendiagnose der Epiphysenlösung am oberen Humerusende bei Geburtslähmung. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. **9**, S. 86. 1913.

5 Fälle, welche dem Verf. zum Teile mit der Diagnose „Geburtslähmung" zugewiesen worden waren. Der typische Röntgenbefund bei der Epiphysenlösung am oberen Humerusende besteht darin, daß der am frühesten auftretende Kopfkern lateral statt medial dem oberen, dachfirstartigen Schaftende des Humerus anliegt. Von den 5 Kindern wurden 3 operiert und vollkommen geheilt. *Schmid* (Prag).

Brumund: Die Ursachen der hohen Sommersterblichkeit im Jahre 1911 im Regierungsbezirk Magdeburg. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. **5**, H. 6, S. 201—221, H. 7, S. 260—278, H. 9, S. 352—374 u. **H.** 10, S. 407—428. 1913.

Unter den Ursachen der abnorm hohen Sommersterblichkeit des Trockenjahres 1911 billigt Verf. der direkten Hitzewirkung nur eine untergeordnete Rolle zu. Die Hauptursache dürfte in der unhygienischen Lebenshaltung der unteren Bevölkerungsschichten zu suchen sein. Hier vor allem ist der Hebel einzusetzen, wenn künftighin ein so schwerer Rückfall der allgemeinen Sterblichkeit vermieden werden sollte. Durch Belehrung, besonders auch in der Schule, wird es wohl allmählich gelingen, die Regeln der persönlichen Hygiene dem Volke vertraut zu machen. — Anscheinend ist überhaupt die Sterblichkeit an Magendarmkatarrh und Brechdurchfall in den Städten mit Flußwasserversorgung stets eine höhere als in anderen Städten. Verf. eruierte von sämtlichen 48 Großstädten des Deutschen Reiches die Wasserversorgung, die Keimzellen des Leitungswassers in den Jahren 1910 und 1911 und die Temperatur der Luft und des Bodens. Beim Vergleich der Sterblichkeitszahlen ergab sich, daß die Gruppe der Städte mit Flußwasserwerken am ungünstigsten steht, die der Städte mit gemischtem Wasser besser und am besten die der Städte mit Grundwasserversorgung. Magdeburg speziell steht im Vergleiche mit den Ruhrstädten wohl günstig da, sonst aber etwa in der Mitte. — Eine große Reihe von Tabellen von sämtlichen deutschen Großstädten illustrieren das Gesagte. *Mayerhofer* (Wien).[K]

Reuben, Mark S.: Infant mortality. (Kindersterblichkeit.) Med. record Bd. **84**, Nr. 6, S. 236—242. 1913.

Ausführliche, zum Teil statistische Arbeit. Verf. sucht nachzuweisen, daß 65 bis 70% aller kindlichen Todesfälle zu vermeiden wären, namentlich durch Vermeidung der künstlichen Ernährung und der dadurch bedingten Schädigung der Kinder, infolge deren sie dann anderen Krankheiten zum Opfer fallen. *Schmid* (Prag).

Swoboda, Norbert: Chondrodystrophisches Kind einer chondrodystrophischen Zwergin. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien Jg. **12**, Nr. 10, S. 141 bis 145. 1913.

20jährige chondrodystrophische Mutter mit einem 4monatigen, durch Sectio caesarea entwickelten chondrodystrophischen Sohn, der seit der Geburt in genauer Beobachtung steht. Kein weiterer Fall von Chondrodystrophie in der Familie der Mutter bekannt. Das Leiden anfangs für Rachitis gehalten, wurde erst im 10. Lebensjahr (1903) erkannt. Befund seit dieser Zeit unverändert abgesehen von Zunahme der Adipositas, Faltenbildung der Haut und der Körperlänge von 104 auf 122 cm. Conjugata vera: 4 cm. Kind 48 cm lang, 3850 g schwer, gleich nach der Geburt als chondrodystrophisch erkannt. Einziehung der Nasenwurzel, kurze Extremitäten, Dreizackhand, starke Entwicklung der Muskulatur, des Genitales, reichliches Fettpolster, faltige Haut, Schilddrüse normal. Bewegungen des stets lebhaften, frischen und hochgradig intelligenten Kindes energisch. Knochenkerne oberhalb und unterhalb des Kniegelenks fehlen bei der Geburt, in den Fußwurzelknochen finden sich 3 statt 2 Knochenkernen. Verhältnis von Kopfumfang zu Körperlänge bei der Geburt 82%, nach 3 Monaten 79% (62% normal). Unterlänge von der Symphyse abwärts: 56 : 18 am Ende des 3. Monats gemessen (also nur 34,4% Unterlänge). Wichtig ist das Auftreten von starken Schweißen und Haarausfall sowie das rapide Wachsen des Kopfes im 3. Lebensmonat wegen der Frage des Vorkommens von Rachitis bei Chondrodystrophie, auf die ebenso wie auf das familiäre Auftreten der letzteren näher eingegangen wird. *Moraller* (Berlin).

Monier, A., et G. Roche: Récidive conceptionelle de monstre exencéphalien. Grossesse gémellaire comprenant 1 foetus normal et 1 monstre exencéphalien. (Wiederholung einer exencephalen Mißgeburt bei zwei folgenden Schwangerschaften. Zwillingsschwangerschaft mit einem normal ge-

bildeten Foetus und einem Exencephalus.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 7, S. 618—622. 1913.

24jährige Frau. Erstes Kind gesund. Vor 3 Jahren zweite, spontane Geburt im 7. Monate; Foetus zeigt eine große Encephalocele occipitalis (nach der Einteilung von Geoffroy Saint-Hilaire bezeichnet als „exencéphale notencéphale") und eine Andeutung von Spina bifida. Vor 2 Jahren Abortus von $3^1/_2$ Monaten, Foetus nicht aufzufinden. Schließlich Frühgeburt im 7. Monate. Eineiige Zwillinge; erstes Kind normal gebildet, 1750 g schwer, stirbt nach einer Woche an Lebensschwäche; zweites Kind totgeboren, Exencephalus, 1039 g schwer, ähnlich dem bei der zweiten Geburt, nur noch hochgradiger mißbildet; es fehlen vollständig die Knochen des Schädeldaches, und der das Gehirn einschließende, häutige Sack erstreckt sich von der Stirn über Nacken und Rücken bis zum Beginne der Lendenwirbelsäule. Bemerkenswert ist das vollständige Fehlen irgendwelcher Mißbildungen in der Ascendenz und bei kollateralen Familienmitgliedern, die Wiederholung der Mißbildung bei den Foeten derselben Frau und das Vorkommen des Exencephalus bei eineiiger Zwillingsschwangerschaft neben einem fehlerfreien Kinde. *Schmid* (Prag).

Derry, Douglas E.: A case of hydrocephalus in an Egyptian of the Roman period. (Ein Fall von Hydrocephalus bei einem Ägypter des römischen Zeitalters.) Journal of anat. a. physiol. Bd. 47, T. 4, S. 436—458. 1913.

Der Schädel und die Knochen, die Verf. beschreibt, wurden auf einem Kirchhof nahe bei Helouan gefunden. Nach Ansicht des Verf., der das mit genauen vergleichenden Messungen belegt, handelt es sich um einen ca. 30jährigen Mann, der an Hydrocephalus litt. Dieser hatte zu einer Erkrankung des Gehirns und Beeinträchtigung des Wachstums der linken Körperhälfte geführt. *Rothe* (Breslau).

Hebammenwesen und -unterricht:

Rühle, Walter: Die Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens. Frauenarzt Jg. 28, H. 9, S. 398—405. 1913.

Polemik gegen einen Aufsatz gleichen Titels von Veit in der Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. (Bd. 38, H. 1) betr. die Tagung der obengenannten Vereinigung in Halle am 13. V. 13. Zum Referat nicht geeignet. *Mangold* (Berlin).

Grenzgebiete.

Gerichtliche Medizin:

Sorel, E.: Étude histologique du poumon foetal en médecine légale. (Histologische Studie der kindlichen Lunge in der gerichtlichen Medizin.) Arch. méd. de Toulouse Jg. 20, Nr. 19, S. 221—226. 1913.

Die Frage, ob ein Kind geatmet hat oder nicht, ist mit den bisherigen Methoden, nämlich der makroskopischen Betrachtung und der Prüfung der Schwimmfähigkeit nicht immer zu lösen. In einzelnen Fällen lassen sich Unklarheiten noch dadurch beseitigen, daß man eine genaue histologische Untersuchung der Lunge vornimmt, falls die Untersuchung nicht gar zu lange post mortem erfolgt. Wenn die Alveolen noch nicht durch einen Atemzug ausgedehnt waren, sind diese sozusagen durch Epithelzellen ausgefüllt. Diese Zellen sind hoch zylindrisch, werden nahe dem Geburtstermin kubisch und gleichmäßig. Bei der Geburt flacht sich das Epithel rapide ab und gewinnt endotheliales Aussehen. Nur bei schwächlichen Individuen, bei denen die Atmung wenig intensiv ist, finden sich unregelmäßige Bildungen, abwechselnd epitheliale und endotheliale Partien. Jedenfalls gestattet die histologische Untersuchung in den Fällen von Gasbildung durch Fäulnis eine Entscheidung, ob die Lunge geatmet hat oder nicht; während hier die Schwimmprobe gänzlich versagt. *Frankenstein* (Köln).

Soziales. Statistik:

Kleinsmid, Rufus Bernhard von: The state and eugenics. (Staat und Eugenik.) Lancet-clin. Bd. 110, Nr. 9, S. 220—224. 1913.

Kleinschmid tritt für die bekannten Forderungen der Anhänger der Eugenik ein. Vor allem verlangt er eine ausgedehntere Anwendung der Sterilisation der geistig Minderwertigen, da er sich von den anderen Mitteln wie Einholung einer Ehelizenz oder Separation weniger verspricht. *Wiemer* (Herne).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe
sowie deren Grenzgebiete.
Band III, Heft 15. S. 641—672

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

● **Joelsohn, Fanny: Über die Ursachen der Menstruation. Physiologische, anatomische und statistische Theorien und Untersuchungen.** Bern: Max Drechsel 1913. 49 S. M. 1.50.

Das kleine Buch zerfällt in 2 Hauptabschnitte. Zuerst werden unter Berücksichtigung der Literatur die einzelnen Anschauungen über die Physiologie der Menstruation, über die Theorien der Menses, die Schleimhautveränderungen, den Zweck der Menstruation und über die Erscheinungen von Klimakterium und Kastration besprochen. In dem statistischen Teil werden die Resultate von Fragebogen mitgeteilt, die von Hebammen und Lehrerinnen der Kantone Bern und Zürich und den Studentinnen der schweizer Universitäten beantwortet wurden. Auf das erste Eintreten der Menstruation hat vor allem die Rasse den Haupteinfluß, geringeren geographische Lage und Klima, Konstitution und Haarfarbe. Brünette (Jüdinnen, Orientalinnen) menstruieren früher als Blonde. Mitteilung der genauen Resultate in Tabellenform graphisch dargestellt. *Schäfer* (Berlin).

Cooley, Thomas B.: The treatment of hemorrhagic disorders. (Die Behandlung hämorrhagischer Störungen.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 14, S. 1277—1281. 1913.

Verf. bespricht hier die verschiedenen Behandlungsmethoden hämorrhagischer Erkrankungen und glaubt, als die geeignetste die Bluttherapie empfehlen zu können. Die Bluttransfusion ist sehr leicht auszuführen, sie ist deshalb nicht als letztes, sondern als erstes Mittel anzuwenden bei allen hämorrhagischen Krankheiten toxischer Natur. Bei Hämophilie wirkt das Blutserum sowohl als Mittel zur Beseitigung der Hämorrhagie, wie auch als Prophylakticum. Bei Purpura und Melaena soll man nicht Blutserum, sondern Vollblut nehmen, da bei diesen Krankheiten das Fehlen mancher Blutelemente konstatiert wurde, so daß das Vollblut ev. eine kurative Wirkung haben könnte. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).CH

Allgemeine Diagnostik:

Hallez, G.-L.: Critique expérimentale de différents procédés en usage pour la recherche des hémorragies occultes du tube digestif. (Experimentelle Kritik der verschiedenen Methoden zum Nachweis okkulter Blutungen des Darmkanals.) (*Laborat. de pathol. int. et exp.*) Arch. d. mal. de l'app dig. Jg. **7**, Nr. 7, S. 361—374 u. Nr. 8, S. 433—455. 1913.

Verf. hat Hunde, die mit Milch und Reis ernährt wurden, mit mehr oder minder kleinen Mengen von Rinderblut gefüttert und dann den Stuhl nach den verschiedenen zum Nachweis okkulter Blutungen angegebenen Methoden untersucht. Am empfehlenswertesten erscheinen ihm die chemischen Proben, an ihrer Spitze die Webersche Blutprobe. Die Probe ist recht empfindlich und, nach Vorhergehen einer geeigneten Diät, hinreichend spezifisch. Hallez konnte noch nach Darreichung von nur 2 ccm Rinderblut eine positive Webersche Blutprobe im Stuhl nachweisen. Der Magensaft ist zum Blutnachweis nicht geeignet; es können daselbst auch relativ größere Blutmengen der chemischen Probe entgehen. Als weniger spezifisch und sensibel erwies sich die Aloinprobe nach Schaer - Rossel. Die Aloinprobe kann nur als Kontrolle der Weberschen Verwertung finden. Weit empfindlicher ist die Adlersche Benzidinreaktion. Sie kann noch bei einer Blutverdünnung von 1: 250 000 positiv ausfallen, ist aber dafür nicht so spezifisch wie die Webersche Probe. Mit dieser Probe gelingt

es oft, noch geringere Blutmengen als 0,5 ccm nach Verfütterung im Stuhl nachzuweisen. Der negative Ausfall der Reaktion ist daher für Fehlen von Blut im Stuhl so gut wie beweisend. Die Empfindlichkeit der Benzidinprobe wird nur noch durch die Phenolphthaleinreaktion übertroffen, welche noch in einer Verdünnung von 1 : 1 Million den Blutnachweis im Stuhl gestattet. Auch dieser Reaktion fehlt es an Spezifität, indem verschiedene alkalische Wasser, Eisen- und Kupfersalze einen positiven Ausschlag geben können. Der negative Ausfall ist, ähnlich wie bei der Benzidinprobe, für Fehlen von Blut beweisend. Verf. empfiehlt, zunächst die Benzidin- oder Phenolphthaleinprobe auszuführen und bei positivem Ausfall zur Kontrolle der Spezifität die Webersche Blutprobe zu machen. Die mikroskopischen Methoden (Nachweis von Häminkrystallen) sind gewiß sicher, aber nicht fein genug. Die spektroskopischen Proben schließlich sind unpraktisch und ebenfalls nicht sensibel genug, um kleinste Blutungen aufzudecken. *Wolfsohn* (Charlottenburg).[CH]

Sturrock, W. D.: The reaction of the blood serum as an aid to the diagnosis of cancer. (Die Blutserumreaktion als Hilfsmittel zur Diagnostik des Krebses.) British med. journal Nr. **2752**, S. 780—782. 1913.

Sturrock bestimmt den N-Gehalt des Blutserums durch Titration gegen Dimethylamidobenzoesäure und behauptet, daß ein solcher von 0,2 N mit Sicherheit auf das Vorhandensein eines Krebses schließen lasse. *Simon* (Berlin).[CH]

Allgemeine Therapie:

Binda, Cosimo: Morte immediata per raggi Röntgen? (Unmittelbarer Tod durch Röntgenstrahlen?) Gazz. med. lombarda Jg. **72**, Nr. 42, S. 331—332. 1913.

Ein $2^1/_2$jähriges Kind war während einer Röntgenbestrahlung des Kopfes wegen Trichophytie — es war die vierte, letzte Sitzung — plötzlich gestorben. Die Sektion ergab außer einer Hyperämie der Hirnhäute, der Brust- und Baucheingeweide eine stark vergrößerte Thymus, die drei mit eitrigem Schleim angefüllte Höhlen enthielt. Die Röntgendosis war nicht übermäßig groß gewesen, der Apparatenkomplex in Ordnung. Der gerichtliche Gutachter kommt zu dem Schluß, daß ein „Thymustod" vorläge, die Röntgenstrahlen keine Beziehung zu dem Tode haben. Da jedoch nur eine Schwester die Bestrahlung ausgeführt hatte, so verlangt er, daß bei Röntgenapplikationen stets ein sachverständiger Arzt zugegen sein solle. *Wohlauer* (Charlottenburg).[CH]

Bordier, H.: Action biochimique des radiations et en particulier des radiations de Röntgen. (Biochemische Wirkung der Strahlen, insbesondere der Röntgenstrahlen.) Rev. de méd. Jg. **33**, Nr. 10, S. 784—815. 1913.

Es werden zunächst die physikalischen Eigenschaften der verschiedenen Strahlenarten beschrieben, dann insbesondere die Art der Wirkung der Röntgenstrahlen erörtert. Das Wesen der Wirkung der Röntgenstrahlen wird in einer Einwirkung auf die kolloiden Substanzen des Zellinhaltes gesehen und zahlreiche Stützen werden für diese Theorie angeführt. *Fleischmann* (Berlin).[M]

Cumberbatch, E. P.: Fatal leucopenia following X-ray treatment. (Bedenkliche Leukopenie nach Behandlung mit Röntgenstrahlen.) Arch. of the Roentgen ray Bd. **18**, Nr. 5, S. 187—189. 1913.

Eine 32jähr. Patientin litt seit 6 Monaten an Symptomen von Leukämie. Das Blut enthielt 691 000 Leukocyten. Die Röntgenbehandlung wurde durch 111 Tage angewandt. Während der ersten 16 Tage fiel die Leukocytenzahl auf 238 000, nach 111 Tagen auf 4000; die Milz wurde deutlich kleiner. Der Allgemeinzustand hob sich. Dann wurde die Milz wieder größer, weshalb neuerdings mit der Bestrahlung begonnen wurde. Drei Wochen später war sie blaß, klagte über Atemlosigkeit. Tonsillen und Pharynx waren entzündet und zeigten Ulcerationen. Die Blutuntersuchung ergab Anämie perniziösen Charakters, Leukocyten: 850, davon 283 Myelocyten. Nach 11 Tagen starb die Patientin. *Herz* (Wien).[M]

Dreesen, H.: Experimentelle und therapeutische Erfahrungen mit Diathermie. (*Akad. f. prakt. Med., Köln.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 37, S. 1787—1789. 1913.

Verf. hat experimentell den Einfluß der hochfrequenten Ströme auf die Temperatur in einem Gipsmodell und in den beiden fest zusammengelegten Händen eines Menschen geprüft und die durch Temperaturmessung gewonnenen Resultate verglichen mit den

Ergebnissen anderer Wärmeapplikationsarten (Stangotherm, Breiumschläge, Thermophor). In allen Fällen zeigte sich die Diathermie überlegen, sowohl was die Tiefenwirkung als auch was die Zeitdauer anbetrifft. Eine Steigerung der HCl-Produktion des verdauenden Magens konnte nicht festgestellt werden. Bei Arthritiden leistet die Diathermie entschieden Gutes, bei Herzkrankheiten nimmt sie z. T. die subjektiven Beschwerden, bei Nephritis hat Verf. keine Erfolge gesehen. Chronische Pneumonien wurden z. T. im Sinne einer schnelleren Lysis beeinflußt. Schädliche Nebenwirkungen treten bei sachgemäßer Anwendung nicht auf. *Carl* (Königsberg).CH

Zimmern, A.: La diathermie. (Die Diathermie.) Presse méd. Jg. **21,** Nr. 85, S. 845—848. **1913.**

Die Diathermie ist wesentlich von den bisherigen Wärmeapplikationsmethoden unterschieden, insofern als die Wärmeentwicklung im Gewebe erst statt hat, während bei allen übrigen Methoden die Wärme von außen zugeführt wird. Die verschiedenen Formen der Anwendung der Hochfrequenzströme für den Körper sind gegeben im Solenoid, in der Elektrokoagulation und im Kondensatorbett. Der physiologische Effekt ist die Wärme im Gewebe, welche ein Sparen an Energie, die vom Organismus aufzubringen ist, bedeutet. Bei Hunden konnte die Temperatur im Innern des Körpers bis auf 43° getrieben werden. Die Diathermie ist mit besten Erfolgen angewendet worden bei schmerzhaften Neuralgien, bei allen Arthritiden mit Ausnahme der tuberkulösen, bei den gastrischen Beschwerden der Tabiker und bei kachektischen Individuen zur Aufrechterhaltung ihrer Körperwärme. In der Röntgentherapie wirkt die vorherige Durchwärmung des Gewebes durch Diathermie sensibilisierend auf die Körperzellen. In der Chirurgie kann man pathologische Neubildungen zur Koagulation bringen und auf diese Weise unblutig maligne Tumoren entfernen. Notwendig ist, um eine Beeinflussung des Nervensystems mit Sicherheit zu vermeiden, eine sehr große Polwechselzahl; diese ist durch verschiedene Einrichtungen, Überspringen des Funkens im Alkoholdampf usw. erreicht. Als Elektroden werden reine Metallplatten oder solche mit feuchtem Mull überzogen verwendet. Verf. wendet Elektroden aus radioaktiven Erden oder aus Tonerden an. *Carl* (Königsberg).CH

Allgemeine Chirurgie:

Julliard, Ch.: La narcose à l'éther chauffé. (Narkose mit erwärmtem Äther.) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **33,** Nr. 8, S. 633—642. 1913.

Gwathmey hatte in den Tropen beobachtet, daß die Chloroformnarkose seltener als bei uns Komplikationen im Gefolge hatte und glaubte die Ursache dafür in der höheren Temperatur der Chloroformdämpfe suchen zu müssen. Er erwärmte deshalb in der Folgezeit das Narkoticum und erzielte damit in unserem Klima angeblich dieselben Resultate. Verf. hat experimentelle und klinische Vergleichsuntersuchungen mit der Äthernarkose gemacht, in dem einen Fall mit Äther von der Umgebungstemperatur, in dem andern mit auf 33° erwärmtem Äther. Temperaturmessungen anderer Autoren haben ergeben, daß die Temperatur der inhalierten Ätherdämpfe in der Sudeckschen Maske + 7° beträgt, die Temperatur kann jedoch bis 0° sinken. Verf. macht nun darauf aufmerksam, daß die Erwärmung des Narkoticums selbst nur eine raschere Verdunstung bewirkt, daß jedoch die Temperatur der Dämpfe dadurch nicht beeinflußt wird. Dementsprechend ist die mittlere Temperatur in der Julliardschen Maske + 24°, ganz gleich, ob der Äther erwärmt ist oder nicht. Die klinischen Erfahrungen betr. Verbrauch des Narkoticums, Dauer bis zum Eintritt der Anästhesie, Komplikationen ließen keine Differenz konstruieren. Wichtig ist jedoch, stets eine große Maske zu benützen, weil die Temperatur konstanter ist als bei kleinen Masken. Die bei Äthernarkosen beobachteten Lungenkomplikationen können nicht auf eine Abkühlung durch die Ätherdämpfe zurückgeführt werden, da (bei der Julliardschen Maske!) die Temperatur der inhalierten Dämpfe ca. 24° beträgt und damit der Außentemperatur entspricht. *Ströbel* (Marktredwitz).CH

Coburn, Raymond C.: The importance and prevention of respiratory restriction during general anesthesia in the inhalation methods. (Die Wichtigkeit und Verhütung der Luftwechselbehinderung während der Narkosen mittels der Inhalationsmethoden.) Americ. journal of surg. Bd. **27,** Nr. 10, S. 361 bis 363. 1913.

Coburn legt sehr großen Wert auf unbehinderten und genügenden Luftaustausch während der Narkose. Diese Forderung gewinnt besondere Bedeutung bei länger dauernder Stickoxydulnarkose, bei welcher der Luftbedarf um das Doppelte gegenüber der Norm steigt, während es gleichzeitig durch Schleimhautschwellung, Zurücksinken der Zunge u. dgl. zu einer Verengerung oder Verlegung der oberen Luftwege kommen kann, auch kann man sich dadurch, daß durch reichlich zugeführten Sauerstoff für genügende Oxydation des Blutes gesorgt wird, leicht über den tatsächlich ungenügenden Luftaustausch Täuschungen hingeben und eine allzu große Kohlensäureanhäufung in den Lungen übersehen. Auch für die Äthernarkose haben diese Gesichtspunkte ihre Bedeutung. C. erblickt in dem regelmäßigeren und freieren Luftaustausch den Hauptvorteil der Insufflationsmethoden gegenüber der einfachen Einatmung. Um auch für die gewöhnlichen Äthertropfmethoden die Vorteile des freien Luftaustausches voll zur Geltung zu bringen, hat C. ein ursprünglich von Hewitt konstruiertes, bis über den Zungengrund einzuführendes Rohr derart abgeändert, daß sein vorderes metallenes Ende die Lippen nicht überragt, sondern zwischen Zähne und Lippen zu liegen kommt. Es ist das von großer Wichtigkeit, um das Einfließen flüssigen Äthers zu verhindern. Die möglichst freie Durchlüftung der Lungen ist vor allem auch im Interesse der ungestörten Zirkulation geboten. C. erblickt eine gewisse Gefahr in dieser Richtung in einer allzu starken Beckenhochlagerung, vor welcher er daher warnt, während ihm eine mäßige Beckenhochlagerung unbedenklich erscheint. Eine gewisse Behinderung der Atmung kommt nach C. Ansicht in mehr oder weniger hohem Grade bei jeder Narkose zustande. Sorgt man für freien Luftaustausch, so macht sich dies besonders durch einen geringeren Verbrauch an Anaestheticum vorteilhaft bemerkbar.

M. v. Brunn (Bochum).CH

Giordano, Giacinto: Apparecchio per la narcosi con insufflazione intratracheale continua e per la narcosi con maschera ad iperpressione. (Apparat zur intratrachealen Insufflationsnarkose und zur Narkose mit der Überdruckmaske.) (*Clin. chirurg. operat., univ., Torino.*) Giornale d. accad. di med. di Torino Jg. **76,** Nr. 5, S. 202—204. 1913.

Beschreibung eines einfachen Apparates (Zambelli - Torino), der sowohl zur Insufflationsnarkose als auch zur einfachen Überdrucknarkose zu gebrauchen ist und neben einer Sauerstoffbombe aus einer mittels Pedal zu füllenden Luftkammer besteht. *Strauß.*CH

Suchy, M.: Über die Anwendung der Sakralanästhesie in der Chirurgie. (*Inselspit., Bern.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **125,** H. 1/2, S. 1—82. 1913.

Verf. stellte Versuche an mit der sog. hohen Sakralanästhesie, wie sie an der Freiburger Frauenklinik ausgearbeitet wurde. Sie besteht in der von Laewen in der Chirurgie eingeführten und empfohlenen Sakralanästhesie, verbunden mit einem Veronal-Morphium-Scopolamin-Dämmerschlaf. Diese Versuche fielen für den Verf. befriedigend aus. Von 172 Operationen war in 106 Fällen eine vollkommene Anästhesie erzielt worden; in 19 Fällen war der Erfolg nicht befriedigend, indem noch Schmerzen bestanden, in 32 Fällen mußte wegen unvollkommener Anästhesie noch eine Inhalationsnarkose hinzugefügt werden, in 15 Fällen war gar keine Anästhesie erzielt worden. Von den Frauen wurde die Anästhesie besser vertragen als von den Männern. Schwere Neben- oder Nachwirkungen wurden nicht beobachtet. Bei einem Patienten, der am Nachmittage des Operationstages im Kollapse starb, wurde als Todesursache innere Verblutung festgestellt. Verf. will von der Sakralanästhesie Potatoren und nervöse Individuen ausgeschaltet wissen, er glaubt, daß dann die Neben- und Nacherscheinungen fast ganz verschwinden. Auch empfiehlt er die Abstufungen in der Beckenhochlagerung und warnt vor Anwendung der Anästhesie bei ungeeigneten Kreuzbeinen. Als Anaestheticum verwandte Suchy 40 bis 100 ccm 1—1,33 proz. Novocainbicarbonat- und Novocainphosphatlösungen mit Suprareninzusatz. Im Durchschnitt trat die Anästhesie 8 bis 10 Minuten, bisweilen auch momentan nach der Injektion ein. Ihre Dauer betrug 1 bis 2 Stunden. *Hirschel* (Heidelberg).CH

Jonnesco: La rachianesthésie générale. (Allgemeine Rückenmarksanästhesie.) Bull. de l'acad. de méd. Bd. **70,** Nr. 30, S. 201—205. 1913.

Verf. hat bis jetzt in Rumänien 11 324 Operationen in Lumbalanästhesie ausgeführt, von denen 1035 hohe Anästhesien (Kopf, Hals, obere Extremitäten, Thorax) darstellen. Als Prinzip seiner Injektionstechnik stellt er den Satz auf, daß man das Anaestheticum möglichst nahe an die auszuschaltenden Nervenwurzeln bringen müsse. Zu diesem Zwecke sei es richtiger, den Rückenmarkskanal an verschiedenen Stellen zu punktieren und kleine Mengen Anaestheticum an die Wurzeln zu bringen, als daß man an einer Stelle große Dosen deponiert und diese auf dem Wege der Diffusion in die Nachbarschaft gelangen läßt. Jonnesco unterscheidet vier verschiedene Punktionsstellen.

Die erste — die medio-cervicale — liegt zwischen 3. und 4. Halswirbel und gibt die Anästhesie für den Kopf; die zweite — die obere dorsale — zwischen 1. und 2. Dorsalwirbel wird gewählt für die Halsanästhesie; die dritte — die dorso-lumbale — befindet sich zwischen dem 12. Dorsal- und ersten Lumbalwirbel und stellt die Injektionsstelle für Bauch und untere Extremitäten, Leistengegend und Scrotum dar. Injiziert man an der 2. und 3. Stelle gleichzeitig, so bekommt man eine Anästhesie im Bereich der oberen Extremitäten und oberen Thoraxhälfte. Die vierte Stelle liegt zwischen dem 4. und 5. Lumbalwirbel und gibt die Anästhesie für den Damm, die Vulva, Vagina und den Anus. Injiziert man an der 3. und 4. Stelle gleichzeitig, so erhält man die Anästhesie für gynaekologische Laparotomien und Operationen an den Beckenorganen. J. injiziert Stovain und Strychnin und stellt nach der Injektion die Beckenhochlagerung her. Je nach dem Sitz der Punktion, dem Alter und dem Allgemeinzustand der Kranken schwanken die Strychnindosen zwischen $^1/_2$ und 2 mg, die Stovaindosen zwischen 0,5 und 6 cg. Wird an 2 Stellen punktiert, so kommt an jede Injektionsstelle die Hälfte der an sich nötigen Dosis. *Läwen* (Leipzig).CH

McGrath, Bernard Francis: A discussion of various anesthetics and methods: Experimental observations. (Diskussion über verschiedene Anaesthetica und Methoden. Experimentelle Beobachtungen.) (*Mayo clin.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 17, S. 1516—1521. 1913.

McGrath, der in Rochester bei den Mayos arbeitet, betrachtet als das Wichtigste für eine gute Narkose einen geschickten Narkotiseur, der fähig ist, die Technik der Narkose dem einzelnen Fall anzupassen. Aus dem Material der Mayoschen Klinik, über welches er für die Jahre von 1900 bis jetzt eine kurze Übersicht gibt, ist von Interesse, daß auf 49057 Äthernarkosen nur 1300 Chloroformnarkosen, 1000 Stickoxydul-Äthernarkosen und 795 Äther-Chloroformnarkosen kommen. Nach 1904 wurde kein Stickoxydul mehr verwendet, seit 1907 kam nur noch eine einzige reine Chloroformnarkose vor. Der Äther wurde nach der Tropfmethode verabreicht. Ein reiner Narkosetod wurde nicht beobachtet. Morphium, Scopolamin-Morphium oder Atropin-Morphium wurden nur ausnahmsweise der Äthernarkose vorausgeschickt. Bei Scopolamin-Morphium wurde bisweilen anstatt der beabsichtigten Beruhigung vermehrte Aufregung beobachtet. Die Regel war die alleinige Ätheranwendung. Auf Vermeidung unreiner Präparate, auf Einleitung der Narkose unter möglichst geringer Beunruhigung der Patienten und auf möglichst geringe Narkoticummengen wurde der Hauptwert gelegt. Mit einer umfassenden experimentellen Bearbeitung der Narkosefragen ist G. beschäftigt, doch gibt er außer einer Anzahl von Kurven noch keine Übersicht über seine Ergebnisse. *M. v. Brunn* (Bochum).CH

Milroy, T. H.: The apnoeic pause. (Apnöe.) Quart. journal of exp. physiol. Bd. **6,** Nr. 4, S. 373—391. 1913.

Respirationsversuche an Katzen in Äther- und Urethannarkose. Ventilation der Lungen mittels des Meyerschen Apparates, welcher das Volum der Atmungsluft und die Frequenz der Atmung beliebig variieren läßt. Es zeigte sich, daß die Schnelligkeit und Tiefe der Atmung die Dauer der apnoischen Pause nicht beeinflußt, solange die Atmungsgröße konstant gehalten wird. Durchtrennung der Vagusfasern hat keinen Effekt auf das Zustandekommen der Apnöe. Bei Versuchen mit verschiedenen Gasgemischen ergab sich, daß CO_2 stets die apnoische Pause abkürzt. Dabei steigt die Konzentration des Blutes an H-Ionen. Kontrollversuche mit Injektion von Säure-

lösung führten denn auch zu dem Ergebnis, daß namentlich bei direkter Injektion in die Carotis die apnoische Pause unterbrochen wird durch kräftige Atembewegungen. Nach Ausschaltung der Vagi erscheint das Reaktionsvermögen des Atemzentrums herabgesetzt. Das Einsetzen der apnoischen Pause beruht demnach auf Änderung der chemischen Zusammensetzung des Blutes, speziell einem verminderten Gehalt an CO_2 und anderen sauren Stoffwechselprodukten, welche den normalen Stimulus abgeben für die Erregung des Atemzentrums. *Frey* (Königsberg).[M]

Loeb, Jacques, und Hardolph Wasteneys: Narkose und Sauerstoffverbrauch. (*Rockefeller inst. f. med. res., New York.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **56,** H. 4, S. 295 bis 306. 1913.

Die Verff. beweisen durch Versuche an Fischembryonen und Medusen, daß die Narkose mit Alkoholen, Methan, Chloralhydrat, Chloroform und Äther nicht durch eine Hemmung der Oxydationsvorgänge bedingt ist, also keine Erstickung vorstellt, sondern daß die Verminderung der Oxydationsvorgänge besonders durch hohe Gaben der Narkotica eine Folge oder eine Nebenwirkung ist. (Untätigkeit der Muskeln und Nachlassen ihres Tonus.) Durch Chloroform wird selbst in tiefster Narkose keine Verminderung der Oxydationsgeschwindigkeit bedingt, durch Äther und Butylalkohol zwar eine solche bis zu 26%, aber KCN bedingt keine Unempfindlichkeit, obwohl die Geschwindigkeit der Oxydationsvorgänge um 89% abgenommen hat. Erst bei einer Abnahme von 93% kommt es zur Unempfindlichkeit der Embryonen. Auch bei Medusen erfolgt die Aufhebung der Motilität und Reaktion auf Reize durch die Äthylurethannarkose schon bei einer erheblich kleineren Verringerung der Oxydationsvorgänge, als wenn die gleichen Erscheinungen durch die Einwirkung von KCN herbeigeführt werden. *Kochmann* (Greifswald).[M]

Baß, R., und E. Klausner: Über Veränderungen des Serums nach Chloroform- bzw. Äthereinwirkung. (*Dtsch. dermatol. Univ.-Klin., Prag.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **56,** H. 1/2, S. 105—113. 1913.

Es gelingt mit Regelmäßigkeit, jedem Serum durch Behandlung mit Chloroform und Äther in hohem Grade die Eigenschaft der Selbsthemmung zu verleihen, d. h. der Zusatz von Serum, das mit Chloroform oder Äther vorbehandelt ist, zu sensibilisierten Hammelblutkörperchen und Komplement hindert die Hämolyse. Zusatz von Lipoiden hebt die hemmende Wirkung des vorbehandelten Serums nicht auf, wohl aber die Inaktivierung durch Erhitzen auf 56°. Die Wirkung des Chloroforms bzw. Äthers ist deshalb nicht auf die Entfernung der Lipoide zu beziehen, vielmehr sind die Verff. geneigt, den Einfluß des Chloroforms oder Äthers auf die thermolabilen Anteile des Globulins zurückzuführen. *Kochmann* (Greifswald).[M]

Senge, J.: Meningitis purulenta et Encephalitis haemorrhagica nach Lumbalanästhesie, verursacht durch einen eigenartigen Sporenbildner. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Orig. Bd. **70,** H. 7, S. 353—368. 1913.

7 Stunden nach einer Lumbalanästhesie entwickelte sich bei der 58jährigen Pat. eine foudroyant verlaufende Meningitis, die bereits nach weiteren 30 Stunden den Exitus zur Folge hatte. Aus dem Lumbalpunktat wurden in Reinkultur kurze, unbewegliche, fadenbildende, grampositive Stäbchen gezüchtet. Die Stäbchen waren bisweilen eingekapselt und bildeten Sporen. Sie wuchsen auf allen gebräuchlichen Nährböden, auf Blutagar mit hämolytischem Hof, verflüssigten Gelatine und zeigten in Stichkulturen Verästelung. Die gleichen Bakterien konnten im Gehirn, Rückenmark und Meningen der Leiche mikroskopisch und kulturell nachgewiesen werden. Sie erwiesen sich als schwach pathogen für Mäuse und Meerschweinchen, als unschädlich für Kaninchen und Ratten. Bei den der Infektion erlegenen Tieren sind sie nur im Nierengewebe in größerer Menge nachzuweisen. Die Mikroben sind wegen ihrer morphologischen Eigenschaften und durch die reichliche Sporenbildung den Milzbrandbacillen sehr ähnlich. Unterschieden von ihnen sind sie 1. durch ihre geringe Tierpathogenität, die geringe Ausbreitung in den inneren Organen der infizierten Tiere, die undeutliche Lockenbildung der Agarkulturen und den negativen Ausfall der Ascolischen Präcipitinreaktion mittels Bakterienextrakten und Milzbrandserum. Im kulturellen Verhalten ähneln sie manchen Subtilisarten. Sie können aber vorläufig keiner der bekannten Gruppen eingereiht werden. Von praktischem Interesse ist die große Widerstandsfähigkeit der Sporen gegen Hitze und Desinfizienzien, die

noch beträchtlich größer ist als die Resistenz der Milzbrandsporen. Die Infektionsquelle konnte im vorliegenden Falle nicht sicher nachgewiesen werden. Verf. nimmt an, daß die Sporen an der Injektionsspritze oder Kanüle hafteten, die übrigens in der üblichen Weise 10 Minuten lang ausgekocht waren. Für Vermeidung ähnlicher unglücklicher Zufälle empfiehlt er Verlängerung der Kochzeit, eventuell die Anwendung überhitzten Wasserdampfes.
Maase (Berlin).M

Kolb, Karl: Über die Schrumpfung der frei transplantierten Fascie und die Bedeutung derselben bei plastischen Operationen und bei Umschnürung des Darmes. (Experimentelle Untersuchungen.) (*Chirurg. Klin., Univ. Heidelberg.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **125**, H. 3/4, S. 398—407. 1913.

Durch Messung konnte Kolb feststellen, daß eine aus dem Körper herausgenommene Fascie sofort eine (primäre) Schrumpfung um ein Fünftel bis ein Sechstel ihrer Länge und Breite zeigt. Das ist für die Praxis bedeutungslos. Um festzustellen, ob die frei transplantierte Fascie später noch einer (sekundären) Schrumpfung unterliegt, wurden Fascienringe von der Weite des Darmes um ihn gelegt und an ihm befestigt. Die nach einiger Zeit auftretenden Stenosen- und Ileuserscheinungen zeigten, daß die nicht unter Spannung verpflanzte Fascie um einen Betrag schrumpft, der offenbar noch geringer als der der primären Schrumpfung ist. Auf diese sekundäre Schrumpfung muß man bei der Verwendung der freien Fascientransplantation zu Umschnürungen des Darmtraktus und zu Gesichtsoperationen Rücksicht nehmen.
Kirschner (Königsberg i. Pr.).CH

Müller, Paul: Eine neue Faßzange. (*Städt. Krankenh., Ulm.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 42, S. 2345. 1913.

Das von H. C. Ulrich, Ulm, Münsterplatz 15, zu beziehende Instrument ist als lange, mit Arretierung versehene Zange konstruiert, bei der das Neue darin besteht, daß ihre Branchen am Ende gefenstert und löffelförmig konkav gebaut sind. Zum sicheren Festhalten eines Gewebsstücks sind auf der Innenseite der Löffel zwei Reihen spitzer Zähnchen angeordnet.
Neumann (Heidelberg).CH

Courtenay, Gordon T.: Experimental study of intestinal sutures. (Experimentelle Untersuchungen über Darmnähte.) Illinois med. journal Bd. **24**, Nr. 3, S. 166—170. 1913.

Untersuchungen über Darmnähte, an Hunden angestellt. Nahtmaterial: Menschenhaar, Pferdehaar, gewöhnlicher und paraffinierter Zwirn, Seide und Catgut. Kontrolle nach 24, 48 und 96 Stunden. Als Ergebnis ist festgestellt, daß die reaktive Entzündung an der Nahtstelle um so geringer ist, je dünner das Nahtmaterial war, und daß demnach auch die Gefahr der Adhäsionsbildung wächst mit der zunehmenden Dicke des Nahtmaterials. Vergleichende Messungen des intraintestinalen Druckes, dem die Naht standhält, haben für Menschenhaar 294 mm Quecksilber ergeben, während Catgut schon bei 100 mm weniger durchschneidet; dies wird damit erklärt, daß von der feinen Haarnaht die Bestandteile der Darmwand in geringerem Maße zerschnitten oder auseinandergerissen werden als von dem dickeren Catgutfaden. *Gümbel* (Bernau).CH

Watkins, Thomas J.: Modified figure of 8 suture. (Modifizierte Achternaht.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 4, S. 513. 1913.

Walkins berichtet an der Hand von drei Illustrationen über eine Achternaht. Der Hauptvorteil besteht darin, daß der Knoten über einem sehr kleinen Gewebsbezirk geknüpft wird, daß die zentrale Partie des Gewebes sich nicht retrahieren kann und infolgedessen eine Blutung z. B. nicht möglich ist. Die Wundoberfläche wird nahezu oder gänzlich versenkt. *Saxinger.*CH

Baldwin, J. F.: Surgical efficiency. (Ausnutzung der Chirurgie.) Lancet-clinic. Bd. **110**, Nr. 19, S. 483—486. 1913.

Häufig verliert der Chirurg viel Zeit durch unnötige Manipulationen: keine unnötigen Ligaturen! (Das Ligamentum rotundum ist, da seine Blutversorgung vom Uterus weg erfolgt, nicht zu unterbinden.) Keine Gespräche bei der Operation! Gleitet bei Unterbindungen über den 1. Knoten etwas Gewebe, so sind bloß zwei weitere Knoten darüber zu machen! Adhäsionen mit dem Schwamm, nicht mit der Schere lösen! Bei akuten Salpingitiden, auch gonorrhoischen, frühzeitig operieren, unter Tamponade des Douglas von der Scheide aus und Jodüberstreichen der mit Eiter beschmierten Peritonealstellen!

Jodtinktur ist reichlich bei abdominalen Eingriffen in infektiösen Fällen zu benutzen! Infizierte Tuben sind bis in das Uterushorn zu exstirpieren! Bei Schluß der Operation ist nach fernerliegenden pathologischen Veränderungen zu forschen! Während des Verbandes sind hohle Zähne (Infektionsgefahr!) und Warzen (maligne Degeneration!) zu entfernen! *Mohr* (Berlin).

Guillot et Dehelly: A propos de dix-neuf cas de transfusion directe de sang. (19 Fälle direkter Bluttransfusion.) Arch. provinc. de chirurg. Jg. **22**, Nr. 9, S. 520—542. 1913.

Die 19 Fälle direkter Bluttransfusion Guillots und Dehellys beziehen sich auf folgende Indikationen: 1. Starke Blutverluste ohne Infektion, 6 Fälle, alle mit gutem Erfolg. 2. Blutverluste mit Infektion, 3 Erfolge, 1 Mißerfolg. 3. Akute Blutungen, 5 Fälle, Nachblutung nach Uterusexstirpation, †, Nachblutung nach Knochenfisteloperation, Abort, Tubenruptur, künstliche Entbindung, diese letzten 4 geheilt. 4. Anämie, Tuberkulose der Lungen und cholangitischer Ikterus mit Anämie — beide ohne Erfolg. 5. Infektionen: Typhus 2 Fälle, hier wurde als Spender ein Mann gewählt, der $^1/_2$ Jahr vorher Typhus durchgemacht hatte. 1 Fall wurde geheilt, der andere durch 2malige Infusion gebessert, ging aber an Geschwürsperforation zugrunde. 6. Krebs: 1 Fall. Nach Totalexstirpation vor der Entlassung Transfusion, die Verff. noch zu wiederholen gedenken.

Verff. schließen aus ihren Erfahrungen, daß die Transfusion bei schweren Blutungen ohne und mit Infektion durchaus erfolgreich ist, ebenso ist sie bei Anämien infolge rezidivierender Blutungen indiziert. „Serotherapie" mittels Bluttransfusion ist erlaubt, ohne Intoxikationen durch Bakteriolyse befürchten zu müssen. *Vorderbrügge* (Danzig).CH

Demmer, Fritz: Über katarrhalische Lungenkomplikationen bei chirurgischen Erkrankungen und deren Behandlung mit Oxygen-Adrenalin-Inhalationen. (*Chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **125**, H. 3/4, S. 257—293. 1913.

Die posttraumatischen, postnarkotischen und postoperativen Lungenkomplikationen sind eine schwere Sorge für den Chirurgen und Operateur. Die dagegen versuchten Atemübungen versagen meist wegen der Schmerzen, die sie bereiten. Hochlagerung oder sitzende Stellung werden mit Kochsalzinhalationen und Ipecacuanhagaben kombiniert. Die Ipecacuanha wirkt durch Hypersekretion der Bronchialschleimhaut und dadurch bedingte Auslösung des Hustenreizes. Diese Hypersekretion bei schon krankhaft entzündeter Bronchialschleimhaut wirkt nur verstopfend und damit hemmend für die Expektoration, Ipecac. kann daher mehr schaden als nützen. Kochsalzspray wird zum mindesten durch die Anfeuchtung der oberen Luftwege angenehm empfunden und wirkt daselbst lösend. Feuchtwarme Umschläge, Digalen, Aspirin werden angewendet im Glauben an ihre resorbierende Wirkung: Durch Zuelzer ist das Adrenalin in die Inhalationstherapie eingeführt worden. Der Spieß-Drägersche Medikamentenvernebler gibt die Möglichkeit, das Adrenalin so zu verwenden, daß es auch auf die tiefen Bronchialverzweigungen wirken kann. Beschreibung des Apparates mit einem neuen „Verneblungsstück", das sparsamen Gebrauch gewährleistet. Das Rezept ist: Sol. adrenalini 15—25 gtt., physiol. NaCl-Lösung 10,0, Mentholalkohol 10% X—XV gtt., Adrenalin-Inhalant (Parke, Davis und Co.) 25 gtt., Ol. oliv. steril. 10,0, Ol. pini pumil. X—XV gtt. oder Mentholvaselinöl 0,5% 10,0 — semper recenter paratum! (Wegen der leichten Zersetzlichkeit des Adrenalins.) Die Wirkung erklärt sich so: Zuerst tritt eine Anämie und damit eine Freimachung der „drainierenden" Luftwege ein, der Adrenalinanämie folgt die gefäßparalytische Adrenalinhyperämie mit seröser Exsudation. Diese verflüssigt das zähe Sekret und ermöglicht die Expektoration. Besonders die trockenen Katarrhformen eignen sich daher zu dieser Therapie. Einige Krankengeschichten mit Fieberkurven zur Illustration. Verf. hat bisher 55 katarrhalische Lungenkomplikationen so behandelt und auch bei den verstorbenen (aus anderen Gründen, z. B. Peritonitis) Fällen den abgeklungenen Katarrh nachweisen können. Auch 2 Fälle von Asthma bronchiale wurden günstig beeinflußt. Er redet in geeigneten Fällen auch der prophylaktischen Anwendung das Wort. *Eugen Schultze* (Berlin).CH

Krohl, Paul: Die Immunisierung des Blutes gegen septische Erkrankung. Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 42, S. 1945—1946. 1913.

Verf. empfiehlt Hydrargyrum benzoicum als Mittel zur Verhütung septischer Erkrankungen. Das Mittel werde am besten intramuskulär, in kleinen Dosen (1,5 mg auf 1 kg Körpergewicht) eingespritzt. Die Empfehlung des Quecksilbers stützt sich zunächst auf die Erfahrung Krohls, daß Antistreptokokkenserum und kolloides Silber nicht vollkommen zuverlässige Mittel seien, daß Leute, die einer Quecksilberkur unterworfen waren, aber eine ganz besondere Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen jeglicher Art besitzen. Dazu führten Seruminjektionen bei Kaninchen — zur Verwendung kam das Blutserum septischer Frauen neben Streptokokkenreinkulturen — zu dem Resultat, daß die Einverleibung von Quecksilber in kleinen Dosen vor der Erkrankung bzw. in großen Dosen in den Frühstadien der Erkrankung die Entwicklung einer allgemeinen Septicämie verhindere, nur lokale septicämische Erscheinungen bedinge, während kleine und verspätete Injektionen, Injektionen nach der Infektion den Exitus des Tieres nicht hintanhalten konnten. Schließlich machte K. auch in der Praxis, speziell bei puerperalen Infektionen günstige Erfahrungen bei therapeutischer Verwendung des Hydrargyrum benzoicum. *Gebele* (München).CH

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Cruveilhier, Louis: Traitement de la blennorragie chez la femme par la méthode des virus vaccins sensibilisés de Besredka. (Behandlung der Gonorrhöe der Frau mit Besredkas sensibilisierter Vaccine.) (*Inst. Pasteur, Paris.*) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. Bd. **75**, Nr. 33, S. 416—417. 1913.

Sehr ermutigende Resultate, besonders bei gonorrhoischen Uterus-Adnexerkrankungen. Zwei Krankengeschichten. Seit einigen Monaten führt Verf. auch in die infizierten Cava mit Antigonokokkenserum gefüllte Stifte, Bougies, Supporitorien ein, um quasi eine Sensibilisierung in vivo hervorzurufen. Gute Erfolge bei Urethritiden, Metritiden und Vulvovaginitiden. *Blanck* (Potsdam).

Menzer, A.: Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvaccine. Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 33, S. 1332. 1913.

Die Beeinflussung gonorrhoischer Krankheitsprozesse durch Gonokokkenvaccine ist durchaus zu vergleichen mit der Tuberkulinwirkung. In beiden Fällen Herdreaktionen, bei der Gonorrhöe vermehrte Sekretion nach Injektion der Vaccine. Fieber tritt bei subcutaner Injektion in der Regel nicht auf; die intravenöse Injektion bietet keinerlei Vorteile. Schon die akute Gonorrhöe soll mit Vaccine behandelt werden. Diese Behandlung, kombiniert mit Spülungen, bewirkt eine gründlichere Ausheilung als andere Behandlungsmethoden. *Ströbel* (Marktredwitz).M

Nicolle, Ch., et L. Blaizot: Vaccins stables et atoxiques à propos d'un vaccin antigonococcique. (Ein dauerhaftes und atoxisches Antigonokkenvaccin.) Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sciences Bd. **157**, Nr. 21, S. 1009 bis 1011. 1913.

Bei der Herstellung eines dauerhaften Vaccins ist die Schädigung der Mikroben auf ein Minimum herabzudrücken und die Erhaltung ihrer ursprünglichen Formen zu erstreben. Dies suchten die Verff. durch Verwendung von Natriumfluoridlösungen (7 : 1000) zu erreichen. Die inkonstante Wirkung des Gonokokkenvaccins ist darauf zurückzuführen, daß die mit dem Gonokokkus vergesellschafteten Bakterien zu wenig oder gar nicht berücksichtigt werden. Die Autoren glauben, daß ein dem Gonokokkus sehr ähnlicher Kokkus, den sie „Synokokkus" nennen, bei der Gonorrhöe eine bedeutende Rolle mitspiele. Ihr Antigonokokkenvaccin ist daher ein Gemisch der mit Natriumfluorid hergestellten Emulsionen von Kulturen des Gonokokkus und Synokokkus. *Blanck* (Potsdam).

Beer, Edwin: The use of tuberculin in the diagnosis of obscure conditions in the genitourinary system. (Die Anwendung des Tuberkulins zur Aufklä-

rung dunkler Zustände im Urogenitalsystem.) Med. rec. Bd. 84, Nr. 15, S. 650—653. 1913.

Nach Beer wird in unklaren Fällen von Erkrankungen des Urogenitalsystems das Tuberkulin nicht oft genug angewendet. Seine Anwendung ist unschädlich, wenn sie unter Beachtung der notwendigen Vorsichtsmaßregeln erfolgt. Er benutzt Alttuberkulin. Die Anfangsdosis ist $^1/_2$ mg. Erfolgt keine Reaktion, so kann die Dosis um je ein halbes Milligramm bis auf 5 mg gesteigert werden. Bei Kindern muß die Anfangsdosis viel kleiner genommen werden ($^1/_{20}$ mg). Bei fieberhaften Fällen und bei Fällen von Lungentuberkulose soll die Methode nicht angewendet werden. Die Injektion wird in der Frühe bei Bettruhe des Kranken vorgenommen. Die Temperatur ist einige Tage hindurch vierstündlich zu messen. Die positive Reaktion besteht in der allgemeinen (Temperatursteigerung) und der lokalen (spontane Schmerzen oder Druckempfindlichkeit an dem Krankheitsherd), ferner Vorkommen von Tuberkelbacillen in den Ausscheidungen der erkrankten Organe (Urin). Tritt nur die allgemeine Reaktion ein und bleibt die lokale aus, so soll die Injektion der gleichen Dosis wiederholt werden. B. führt dann einige charakteristische Fälle an, wo ihm die sichere Diagnose nur mittels Tuberkulinreaktion gelang. (Frühdiagnose eines Falls von Nierentuberkulose, ein Fall von Prostatatuberkulose, ein Fall von Tuberkulose der Epididymis.) Zum Schluß geht Verf. kurz auf die einschlägige Literatur ein und betont noch einmal, daß man das Tuberkulin nur zur Unterstützung der übrigen Untersuchungsmethoden heranziehen soll, wenn diese keine Klarheit schaffen. *Colmers.*[CH]

Swenson, Carl G.: The use of tuberculin in the treatment of surgical tuberculosis, with clinical reports and late results. (Die Anwendung von Tuberkulin in der Behandlung chirurgischer Tuberkulose, mit klinischen Berichten und Spätresultaten.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 17, Nr. 4, S. 437—440. 1913.

Die von Wright 1902 eingeführte Opsoninmethode bei Vaccinetherapie der Tuberkulose gewährleistet die besten Resultate, weil sie allein imstande ist, in jedem Falle anzugeben, welche Dosis wir verabfolgen können und dürfen. Als Normaldosen hat man Mengen von 1 : 2000 mg steigend bis zu 1 : 400 mg ausprobiert. Jeden 10. Tag durchschnittlich wird injiziert, am besten subcutan unter die Brusthaut. Zu häufige oder zu große Vaccinegaben rufen die bekannte „negative" Phase hervor, bei zu kleinen Dosen hingegen wird der höchste Grad der Phagocytose nicht erreicht oder durchgehalten. Fiebernde Kranke soll man nicht mit Tuberkulin spritzen. Bei chirurgischer Tuberkulose empfiehlt sich eine Kombination maßvoller operativer Eingriffe mit der Immunotherapie. Mehrere Krankengeschichten, Literatur. *Posner* (Jüterbog).[CH]

Moewes, C., und Fr. Bräutigam: Tuberkelbacillen im Blute. (*Stubenrauch-Kreiskrankenh., Berlin-Lichterfelde.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 42, S. 2031 bis 2032. 1913.

Tierversuche mit Blut von 50 Patienten, davon gehörten 7 dem I. Stadium, 16 dem II., 21 dem III. an, Miliartuberkulose 3, Meningitistuberkulose 3. In keinem der Fälle ein positives Resultat, auch nach probatorischen Tuberkulininjektionen war ein Übertritt von Bacillen in das Blut im Gegensatz zu den Untersuchungen Bacmeisters nicht nachweisbar. *Harms* (Mannheim).[M]

Allgemeines über Geschwülste:

Rowntree, Cecil: A lecture on the operative treatment of inoperable cancer. (Eine Vorlesung über die operative Behandlung inoperabler Krebse.) British med. journal Jg. 1913, Nr. 2752, S. 777—780. 1913.

Verf. empfiehlt dringend die Operation der sogenannten inoperablen Carcinome, d. h. solcher, bei denen eine Radikalheilung wegen Metastasenbildung ausgeschlossen ist. Nachweislich leben durchschnittlich die Operierten länger als die ihrem Schicksal Überlassenen, zudem wird das Leben wieder lebenswert, da Geschwulstbildung, Verjauchung verhütet und qualvolle Schmerzen vermieden werden. Ja, Metastasen hat Rowntree mit Erfolg entfernt. Rezidive in der Narbe kommen vor, sind aber selten. Der chirurgische Eingriff verursacht nicht, wie vielfach geglaubt wird, eine Ausbreitung des Carcinoms; kommt diese überhaupt vor, so nicht häufiger als eine Miliartuberkulose nach Operation eines tuberkulösen Herdes. Strengste Asepsis, vorherige

Behandlung des etwa schon vorhandenen Geschwürs mit Jodtinktur oder mit dem Thermokauter, Ausspülen der Wunde mit Kochsalz, Vermeidung von Antiseptica gestalten den Heilungsverlauf glatt. Aufzählung von Krankengeschichten, aus denen sich ergibt, daß die Operation solche Kranke nicht nur beschwerdefrei, sondern auch wieder zeitweise arbeitsfähig gemacht hat. *Simon* (Berlin).CH

Weil, Richard: The effects of colloidal copper with an analysis of the therapeutic criteria in human cancer. (Über die Wirkung des kolloidalen Kupfers nebst einer Analyse des therapeutischen Effekts bei dem menschlichen Carcinom.) (*Gen. memor. hosp. a. Huntington fund f. cancer research.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 13, Teil 1, S. 1034—1040. 1913.

Verf. stellte Versuche mit dem kolloidalen Kupfer an, welches Präparat seinerzeit von Leo Loeb beschrieben wurde. Es handelt sich um ein nach der Bredigschen Methode hergestelltes Kupferpräparat, wobei es noch nicht festgestellt ist, ob das Kupfer in metallischer Form oder als Oxyd oder Hydroxyd vorhanden sei. In einem Liter Flüssigkeit sind 30 mg Substanz enthalten. Verf. sah von dem Präparat einige unangenehme Nebenerscheinungen, wenn auch dasselbe von manchen Patienten anstandslos vertragen wurde. Fast konstant trat Fieber ein, manchmal auch Nausea und Vomitus. Eine Besserung des allgemeinen Befindens konnte Verf. ebenfalls nicht beobachten. Die meisten Patienten zeigten einen Gewichtsverlust, nicht mehr als 5 bis 10 Pfund, der Hämoglobingehalt verminderte sich mit etwa 10—20%. Diese Erscheinungen schreibt Verf. der Wirkung des Präparats, nicht aber der fortschreitenden Krankheit selbst zu. Vielen Pat. ging es nach Beendigung der Behandlung besser. Zeitweise trat auch Hämoglobinurie ein und fast in allen Fällen eine leichte Albuminurie; wenn schon vor der Behandlung Albumen im Urin vorhanden war, so erhöhte sich dessen Menge während der Behandlung. Das kolloidale Kupfer scheint also nicht ohne Einwirkung auf das normale Gewebe und die Organe des Körpers zu sein. Bei der chemischen Analyse des Tumors und der Organe in zwei Fällen (einmal eine Operation, einmal Autopsie) fand Verf. weder im Tumor, noch in der Niere, hingegen in der Leber Kupfer. Aus dem Fehlen des Kupfers im Tumor schließt Verf., daß das Kupfer nicht spezifisch tumoraffin sei, die Wirkung könnte höchstens durch eine Einwirkung auf die Gefäße erklärt werden. Verf. behandelte mit dem Präparat zwölf Fälle. In keinem dieser zwölf Fälle konnte er eine destruktive Wirkung des Präparats auf die Tumoren konstatieren. Als sicheres Kriterium der Einwirkung eines Präparats bezeichnet Verf. eine Verminderung der Tumorgröße, die sicher nicht einem anderen Umstande zugeschrieben werden kann. Eine solche Verringerung der Tumorgröße konnte Verf. in keinem der mit kolloidalem Kupfer behandelten Fällen konstatieren. *Szécsi* (Frankfurt a. M.).CH

Levin, Isaac: The mechanisms of metastasis formation in experimental cancer. (Der Mechanismus der Metastasenbildung beim experimentellen Krebs.) (*Dep. of pathol., Columbia univ., coll. of physic. a. surg., New York.*) Journal of exp. med. Bd. **18**, Nr. 4, S. 397—405. 1913.

Bei subcutanen Impfungen mit nachfolgenden Injektionen desselben Tumors in innere Organe zeigte sich, daß für dieses der natürlichen Metastasenbildung ähnelnde Vorgehen dieselben Gesetze gelten wie bei jeder Impfung. Die Metastasenbildung ist abhängig von konstitutionellen Einflüssen im geimpften Tiere. Die Impfung in innere Organe ging bei allen den Tieren nicht an, wo auch der subcutan geimpfte Tumor sich nicht entwickelte. Dagegen wurde auch in den Organen überall da ein Tumor, wo die subcutane Impfung erfolgreich war, nachgewiesen. Auch mehrfache Impfungen in verschiedene innere Organe (Leber und Milz) zeigen dasselbe Verhalten. Wächst der Tumor, dann entwickelt er sich überall, mißlingt die subcutane Impfung, so geht auch die Impfung in die inneren Organe nicht an. Uhlenhuths Angabe, daß nach chirurgischer Entfernung eines Tumors die nachfolgende Impfung mit demselben Tumor mißlingt, konnte Verf. bestätigen. Es ist also für das Zustandekommen von Metastasen maßgebend einerseits der Charakter der Tumorzellen, anderseits die lokale oder allgemeine Empfänglichkeit des geimpften Tieres. *C. Lewin* (Berlin).M

Schultze, W. H.: Beobachtungen an einem transplantablen Kaninchensarkom. Verhandl. d. Dtsch. pathol. Ges. 16. Tag., Marburg, 31. III.—2. IV. 1913, S. 358 bis 362. 1913.

Bericht über ein Kaninchensarkom, das sich bisher durch 12 Generationen transplantieren ließ. Die Impfausbeute beträgt 80—100%. Besonders günstige Impfstellen sind Conjunctiva und vordere Augenkammer; überhaupt bieten gefäßreiche Stellen die besten Wachstumsbedingungen. Die Impftumoren brechen schon früh in die Venen

ein und machen Metastasen in den inneren Organen. In vielen Fällen kommt es zur Rückbildung der Tumoren. Ausführliche Mitteilung soll folgen. *C. Lewin* (Berlin).

Theilhaber, A.: Die Verhütung der Rezidive nach Krebsbehandlung. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. **125**, H. 1/2, S. 193—208. 1913.

Verf. vertritt den Standpunkt, daß das Lokalrezidiv nach Carcinomoperationen nur zum Teil den bei der Exstirpation zurückgelassenen Krebsresten entstammt. Nicht minder wichtig ist die Tatsache, daß die Operationsnarbe selbst bei längerem Bestehen infolge ihrer Armut an Gefäßen und Zellen zur krebsigen Entartung neigt. Um dieser Gefäßverödung innerhalb der Narbe entgegen zu arbeiten, empfiehlt der Autor bei der Nachbehandlung eine energische Hyperämisierung der Narbe, die er mit Heißluft, Bierscher Stauung, Injektion von Uterussaft und bei tiefliegenden Narben mit Thermopenetration zu erreichen sucht. Zur Hebung des bei den Carcinomkranken darniederliegenden Stoffwechsels verordnet Verf. Höhenluft, Sonnen-, Sool- und Stahlbäder. *Harf* (Berlin).

Gynaekologie.

Uterus:

Luchsinger, H.: Über Metrorrhagien. Petersburger med. Zeitschr. Jg. 38, Nr. 20, S. 241—250. 1913.

Unter Würdigung der neueren Literatur wird die Ätiologie der Uterusblutungen besprochen. Therapeutisch wird bei Metropathia haemorrhagica die Abrasio, zur Sicherung der Diagnose nötigenfalls die Austastung empfohlen. Bei großen voluminösen Uteris mit großer succulenter Portio sind Scarifikationen am Platze. Bei vasomotorischen Störungen, vor allem bei Pubertätsblutungen, werden Kalkpräparate (0,15 bis 0,3 Calcii glycerophos. mit der Hälfte der Dosis Natr. glyceroph. 3 × tgl.) empfohlen. Metrorrhagien werden durch Hydrotherapie gut beeinflußt: kühle Sitzbäder, anfangend mit 24° R, fallend täglich um 1°, nicht niedriger jedoch als 16° bis zur Höchstdauer von 5 Minuten. Man beginnt 8 Tage vor der zu erwartenden Menstruation und läßt die Sitzbäder auch während der Menses fortsetzen. Bei Besprechung der Myom- und Carcinombehandlung mit Röntgen und Mesothorium nichts Neues. *Schäfer.*

Maccabruni, F.: Sperimenti di cultura „in vitro“ dei tessuti dell'utero e dell' ovaio di feto umano. (Versuche mit Kulturen „in vitro“ von Uterus- und Ovariumgeweben menschlicher Föten.) (*R. scuola di ostetr., Milano.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Bd. **2**, Nr. 10, S. 529—535. 1913.

Verf. wiederholt am Uterus und Ovarium menschlicher Foeten die Versuche, welche Carrel und andere mit gutem Erfolge an verschiedenen Organen verschiedener Tiere gemacht haben. Nach Beschreibung der Technik, die mit jener von Carrel fast identisch ist, und nach Besprechung der von ihm erzielten Resultate kommt Verf. zum Schluß: 1. Es ist möglich, das Wachstum embryonaler menschlicher Gewebe zu erzielen. 2. Die Zellengruppen, welche sich aus Uterus- und Ovariumfragmenten entwickeln, sind mit den Bindegewebszellen vollkommen identisch. Die Möglichkeit, Epithelgewebe „in vitro“ zu erzeugen, soll noch bestätigt werden. Verf. macht jetzt darüber Versuche. Literatur. *Mestron* (Triest).

Martin, Ed.: Beitrag zur Begutachtung des Genitalprolaps als Unfallfolge. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. **19**, Nr. 23, S. 489—491. 1913.

Martin berichtet über eine 38jährige Nullipara, bei welcher sich nach dem Heben einer schweren Last heftige Schmerzen im Becken und das Gefühl, als ob sich ein Fremdkörper von oben in die Scheide dränge, einstellten und im Laufe einiger Jahre auch die Portio in der Scheide sicht- und fühlbar wurde. Da die Frau bis zur Zeit des fraglichen Unfalles, nach ihren glaubwürdigen Angaben, gesunde und typisch gelagerte Beckenorgane hatte, so kann ohne Zweifel die übermäßige Arbeitsleistung als ätiologisches Moment des Prolapses herangezogen werden und ist die Annahme berechtigt, daß es hierbei zu einer Zerreißung des Haftapparates gekommen ist. Es ist somit das bestimmte Unfallsmoment vorhanden, wenn sich auch die Folgen erst nach einigen Jahren gezeigt haben und wären allfällige Rentenansprüche nach Ansicht des Autors gerechtfertigt. *Köhler* (Wien).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Kingsbury, B. F.: The morphogenesis of the mammalian ovary, felis domestica. (Die Morphogenese des Säugetierovariums: Hauskatze.) (*Dep. of histol. a. embryol., Cornell univ.*) Americ. journal of anat. Bd. **15**, Nr. 3, S. 345 bis 387. 1913.

Der Verf. teilt seine Beobachtungen an 60 in Serienschnitte zerlegten Katzenovarien mit. Die Reihe beginnt mit einem Foetus von 75 mm Länge und erstreckt sich bis auf geschlechtsreife Tiere. — Das Wachstum des Katzeneierstocks vollzieht sich in der Hauptsache an der Peripherie; die Differenzierung schreitet zentrifugal vorwärts; das Parenchym ordnet sich zu Strängen. Markstränge und Eischläuche können nicht scharf voneinander getrennt werden. Während der Entwicklung sind Rand-, Zwischen- und epithelial-bindegewebige Zone voneinander zu unterscheiden. Die sowohl während der Entwicklung wie im Zustand der Reife beobachteten Degenerationserscheinungen treten zentrifugal auf. Das Stroma spielt eine aktive Rolle bei der Entwicklung. Aus der primären entsteht direkt die definitive Randzone. Für Neubildung von Keimbläschen unmittelbar vor der Geschlechtsreife ergeben sich keine Anhaltspunkte, dagegen kommt es um diese Zeit zur Degeneration von vorzeitig entwickelten Graafschen Follikeln und zur Bildung von Kernteilungsfiguren, Polkörperchen und zur Fragmentation der Keimbläschen in atresierenden Follikeln. Die Graafschen Follikel der geschlechtsreifen Zeit unterscheiden sich von denen der vorhergehenden Perioden; doch kommen Übergänge vor. *Weishaupt* (Berlin).

Southard, E. E., and Myrtelle M. Canavan: Bacterial invasion of blood and cerebrospinal fluid by way of lymph-nodes. Findings in lymph-nodes draining the pelvis. (Bakterieneinwanderung in das Blut und die Cerebrospinalflüssigkeit auf dem Wege der Lymphdrüsen. Befunde in den Beckendrüsen.) (*Danvers State hosp.*) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 17, S. 1526—1528. 1913.

Bei Leichenmaterial lassen sich aus dem Liquor mehr (72%) Kulturen züchten, als aus dem Herzblut (68%); zu beiden Medien bestehen Beziehungen mit den Beckendrüsen sowie mit den Mesenterialdrüsen. (In 20 von 25 Fällen handelte es sich um entzündliche Erkrankungen der Beckenorgane.) Ob die Invasion zu Lebzeiten oder nach dem Tode erfolgte, ist unsicher. Es scheint, als ob die Beckendrüsen in der Regel größere Mengen von Bakterien beherbergen; ob sie eine stärkere Bactericidie besitzen als andere Drüsen, kann man nicht sagen. Jedenfalls ist auf dieser Bahn ein direkter Transport in den Liquor denkbar. *Kreuter* (Erlangen).CH

Bauchorgane:

Rose, A.: Enteroptosia. (Enteroptose.) Therapeut. rec. Bd. **8**, Nr. 94, S. 267 bis 268 u. Nr. 96, S. 333—335. 1913.

Kritische Bemerkungen zur Nomenklatur; Besprechung der Rolle, die die Erschlaffung der Bauchmuskulatur bei Enteroptose spielt („keine Enteroptose ohne Bauchmuskelerschlaffung") und ihres Hauptsymptoms, der Plätschergeräusche. Der Bedeutung entsprechend, die Verf. der Bauchmuskelerschlaffung ätiologisch einräumt, sieht er das wichtigste Heilmittel in einem breiten, den ganzen Bauch stützenden Heftpflastergürtel, der exakter sitzt, als alle anderen Bandagen und durch gleichmäßige Blutdruckverteilung heilsam wirkt, so daß er ihn auch bei Ascites und Gallensteinkoliken empfiehlt. Auch lenkt er die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Enteroptose bei anderen Zuständen der Unterleibsorgane: Chronische Darmblutungen, Metrorrhagien, Dysmenorrhöe, chronische Diarrhöe. *Michael* (Leipzig).

Strecker, Friedrich: Der innere Leistenring und seine Beziehungen. (*Anat. Anst., Breslau.*) Arch. f. Anat. u. Physiol., anat. Abt. Jg. **1913**, H. 4/6, S. 295 bis 364. 1913.

Eine anatomische Studie, aus der das, was die Chirurgie besonders interessiert, hervorgehoben sei: Am inneren Leistenring wird die Fascia transversalis weder durchbohrt, noch ausgestülpt, denn sie hat es nur mit einem Teil des Ringes zu tun. Ganz dasselbe ist mit dem Musculus transversus der Fall; er ist am inneren Leistenring weder durchbohrt noch ausgestülpt, weil er an dieser Stelle überhaupt nicht vorhanden ist.

Somit besteht an der innersten Schicht, dem Musculus transversus und der Fascia transversalis, eine natürliche Lücke, und man hat die Leistenbrüche als nichts anderes anzusehen, als den Ausdruck dieser natürlichen Defektstelle der Bauchwandung. Die Wände des Leistenringes sind nicht primär in der Bauchwandung oder einer Schicht derselben gegeben, sondern der Ring kommt erst zustande durch Teile der Bauchwandung im Vereine mit dem herantretenden Fasciengewebe des Funiculus. Die innere Leistenöffnung ist in keiner Weise als eine Durchbohrungsform einer Schicht, sondern als eine lokal bedingte Verbindungsform mehrerer Schichten zu erklären. — Etwas anderes: Appendices epiploicae entwickeln sich an der vorderen Bauchwand nicht lediglich an der Linea alba, sondern kommen auch an den seitlichen Bauchwandpartien vor und sind dann nicht etwa mit einer Verlagerung des Dickdarms kompliziert. — Weiter: Die Fascia transversalis bekleidet die hintere Rectusscheide nicht vollständig, sie ist vielmehr an die muskulöse Wand gebunden und endet streng durch innigste Verschmelzung an der Linea Spigelii oder dicht medianwärts von derselben. Was daher auf der Hinterseite des Musculus rectus aufliegt, ist, abgesehen von dem verdünnten Peritoneum, nur die hintere einheitliche aponeurotische Rectusscheide selbst; auf dieser liegt niemals eine Facsia transversalis. Was man also bei einer suprasymphysären Operation in der Linea alba als Fasciennaht bezeichnet, ist nichts anderes als die Naht der verdünnten hinteren Rectusscheide. *Colley* (Insterburg).[CH]

Sanders, E. M.: Chronic intestinal stasis. (Chronische Darmträgheit.) Journal of the Tennessee State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 5, S. 178—182. 1913.

In gewissen Fällen von Verlagerung des Kolon mit hartnäckiger, unter dem Bilde einer schweren Ernährungsstörung bis zur Invalidität verlaufenden Obstipation bleibt als letzte Zuflucht die Operation. Zu den bekannten Operationsmethoden (Lane, Bloodgood und Rovsing) fügt Verf. eine eigene: Verengung des chronisch erweiterten Coecum und Kolon durch Längsfaltung des Lumens, indem eine Taenie auf die andere mit Knopfnähten fixiert wird. Sanders bespricht die große Bedeutung der perikolischen und Jacksonschen Membranen, die vor allem in jedem Falle zu lösen sind; er verschmäht bei nicht akuten Fällen von Appendicitis den Zickzackschnitt, weil er, wenn sich, wie nicht so selten, eine gesunde Appendix vorfindet, keine Übersicht gibt, um nach derartigen Membranen oder sonstigen Verwachsungen (Gallenblase) zu suchen. Sein Schnitt in solchen unsicheren Fällen ist die Längsincision durch den rechten Rectus. *Michael* (Leipzig).

Souligoux: A propos du traitement des péritonites par l'éther. (Zur Behandlung der Bauchfellentzündung mit Äther.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39**, Nr. 31, S. 1332—1334. 1913.

Glatte Heilung einer schweren eitrigen diffusen Peritonitis, bei der die Darmschlingen mit eitrigen Membranen belegt waren, durch Spülen der Bauchhöhle mit Äther und anschließender Drainage. Aufzählung noch anderer, nicht selbst beobachteter Fälle, deren günstiger Ausgang dieser Therapie zugeschrieben wird. *Simon.*[CH]

Haggard, W. D.: Three cases of prolonged general suppurative peritonitis pointing at the umbilicus, incision and cure. (Drei Fälle protrahierter allgemeiner eitriger Peritonitis, die nach dem Nabel zu sich lokalisierte. Incision, Heilung.) Journal of the Tennessee State med. assoc. Bd. **6**, Nr. 6, S. 214—219. 1913.

Drei Fälle, die alle vom Appendix ihren Ausgang nahmen. Die Lokalisation am Nabel fand einmal nach 11 Tagen, einmal nach 4 Wochen und einmal nach $4^1/_2$ Wochen statt. Einfache Incision führte zur Heilung. Nach Autors Meinung ist dieser Ausgang der allgemeinen Peritonitis ein recht seltener, aber recht günstiger. *Hannes* (Breslau).

Robinson, D. E., and W. L. Finton: Tuberculous peritonitis. Report of a case, three celiotomies, tuberculin, apparent recovery. (Tuberkulöse Peritonitis. Bericht eines Falles, drei Cölotomien, Tuberkulin, anscheinende Heilung.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12**, Nr. 11, S. 596—599. 1913.

Die Krankheit ergreift besonders Frauen und Kinder (6—12 Jahre). Prädisponie-

rend wirken: Lebercirrhose, Ovariumtumoren, Trauma, Hernien. Eintrittspforten: 1. weibliches Genital (besonders die Tuben, hämatogen oder vom Uterus aus infiziert, nur bei Mischinfektion verklebt); 2. der Verdauungskanal; 3. die subperitonealen lymphatischen Drüsen. Erscheinungen der offenen (tuberkulösen) Salpingitis: Anfallsweise Schmerzen, Erbrechen, Temperaturerhöhung, Erguß. Die Peritonitis bleibt bei der großen Widerstandskraft des Peritoneum gewöhnlich lokalisiert. Bei Tubenverschluß infolge Mischinfektion häufig Ausheilung. Primäre Erkrankung des Ovarium ist äußerst selten, die von Appendix, Cöcum, Ileum häufig (mesenteriale oder subperitoneale Adenitis). Zur Diagnose: Lederartige Resistenz des Douglas, Fehlen der Tubenfixation, teigiger Widerstand des Abdomen, Ascites (manchmal hämorrhagisch), Tympanie bei Adhäsionen und Tonusverlust der Därme, tumorartige Massen (abgekapselter Erguß, Mesenterialdrüsen, Darmwandverdickung). Therapie: Drainage, Jodtinktur 10% (Hofmann), Campheröl, Jodoform, Terpentin, Röntgenstrahlen, Tuberkulin. Gegen chirurgische Eingriffe: Abgekapselte käsige Herde; Lungensymptome. Dafür sprechen: Darmverschlingung, deutliche Herde im Abdomen, deutlicher Ascites. — 2 Fälle. *Mohr* (Berlin).

Bainbridge, William Seaman: Technic of the intra-abdominal administration of oxygen. (Technik der intraabdominellen Anwendung von Sauerstoff.) Americ. journal of surg. Bd. **27**, Nr. 10, S. 364—366. 1913.

Es gibt zwei Arten der Sauerstoffanwendung bei abdominellen Erkrankungen: 1. die mehrmalige Zufuhr größerer Mengen bei gleichzeitigem freiem Abströmen; 2. die Injektion mit unmittelbar folgendem Verschluß des Abdomens und allmählicher Resorption. Verf. hat stets nach letzterer Methode verfahren und beschreibt an der Hand mehrerer Abbildungen die einfache Technik (Erwärmung des Gases mittels Durchleiten durch in heißem Wasser liegenden Schlauch, Einführen des Schlauchendes in die bis auf die Zuleitungsstelle vernähte Laparotomiewunde, völliger Schluß sofort nach Herausziehen des Schlauches.) Verf. hat so bei über 125 Laparotomien mit gleichförmig günstigem Resultate verfahren, der Nutzen bestand in Verminderung des Shockes, des Erbrechens, in Verhütung des „negativen intraabdominellen Druckes" nach Entfernung großer Tumoren, Verhinderung der Adhäsionsbildung, günstiger Beeinflussung der septischen Peritonitis und gewisser Formen von tuberkulöser Peritonitis. *Wehl* (Celle).CH

Pool, Eugene H.: Suction tip for aspiration in abdominal operations. (Saugspitze zur Aspiration bei Abdominaloperationen.) Ann. of surg. Bd. **58**, Nr. 4, S. 537—539. 1913.

Beschreibung und Abbildung eines zur Aspiration von Flüssigkeiten aus der Bauchhöhle dienenden Apparates, der im wesentlichen besteht aus zwei geraden metallischen ineinandergefügten Röhren, von denen die äußere mit vielen kleinen Öffnungen versehen ist, während die innere nur zwei hat und an ihrem proximalen Ende mit einer Saugvorrichtung in Verbindung steht. Die unangenehme Verstopfung der Öffnungen durch die Ansaugung von Netz und Darm und die dadurch bedingte Schädigung dieser Gewebe soll bei dem Apparat nicht stattfinden. *Kohl* (Berlin).CH

Reich, A.: Beitrag zur Chirurgie der mesenteriellen Gefäßverschlüsse und Darminfarkte. (*Chirurg. Klin., Tübingen.*) Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. Bd. **87**, H. 2, S. 317—331. 1913.

Reich berichtet über 4 Fälle mesenterieller Gefäßthrombose, wovon 3 aus der Tübinger Klinik (v. Bruns) und 1 aus der Leipziger Privatpraxis von Perthes stammen. Im 1. Fall lag eine Wurzelthrombose der Vena mes. sup. vor, die anderen 3 zeigten eine arterielle Gefäßverstopfung, darunter 2mal Stammthrombose der Art. mes. sup. infolge Sklerose der Aorta und ihrer Äste. Alle 4 Fälle blieben klinisch unerkannt. Nur 1 Fall bot die Möglichkeit einer klinischen Diagnose (Arteriosklerose und schwere Myokarditis, plötzliches Einsetzen heftigster kolikartiger Leibschmerzen mit Remissionen, profuse schleimig-flüssige Durchfälle mit Übergang in Stuhlverhaltung, zunehmender Meteorismus, Peritonitis. Blutige Abgänge fehlten). Die übrigen Fälle wiesen Ileuserscheinungen auf, 1mal die der Obturation, 1mal die der Strangulation, 1mal unentschiedene Ileusform. R. hält es nun praktisch für wichtig, daß alle 4 Fälle darüber keinen Zweifel ließen, daß eine schwere Bauchhöhlenerkrankung vorlag, die nach allen ihren Symptomen nicht in das Gebiet der medizinischen Klinik

gehörte. Solche Fälle seien, wenn irgend tunlich, probatorisch zu laparotomieren. Nur dadurch lasse sich die trostlose Prognose des heimtückischen Leidens wenigstens etwas verbessern. *Gebele* (München).CH

Barjon, F., et D. Dupasquier: Kystes gazeux de l'intestin. (Über Gascysten des Darmes.) Lyon méd. Bd. **121,** Nr. 41, S. 565—572. 1913.

Den wenigen bisher in der Literatur bekannten Fällen von Gascysten des Darmes (Pneumatosis intestinalis cystica) fügen die Verf. einen weiteren selbst beobachteten und operierten hinzu:

Bei einer 67jährigen Frau, die wegen einer Pylorusstenose, bedingt durch altes Ulcus ventriculi, gastroenterostomiert wurde, fand sich als Nebenbefund fast der ganze Dünndarm auf seiner dem Mesenterium abgewandten Seite bedeckt von zahllosen Gasblasen, die in ihrer Größe von Getreidekorn- bis Rosinengröße wechselten. Das Peritoneum viscerale bot den Anblick eines mechanischen Emphysems, nur waren die einzelnen Blasen unabhängig voneinander und kommunizierten nicht miteinander. Bei der Röntgenuntersuchung erschien das Abdomen ganz anormal hell, außerdem war die Leber ganz gegen die Wirbelsäule gedrängt und von allen Seiten durch helle Zonen umgeben. Die Verff., die sonst nur kurz auf die Pathogenese dieses seltenen Krankheitsbildes eingehen, glauben, daß in Zukunft vielleicht der charakteristische Röntgenbefund für diagnostische Zwecke von Wichtigkeit sein könnte. *Valentin.*CH

Macewen, John A. C.: A second case of double loop hernia. (Ein zweiter Fall von doppelter Darmeinklemmung.) Brit. med. journal Nr. **2755,** S. 982. 1913.

In diesem Falle erklärt Verf. die sog. retrograde Einklemmung durch Adhäsionen, welche auf die Mesenterialgefäße drückten. *Krüger* (Weimar).CH

Åkerman, J.: Über die operative Behandlung brandiger Darmbrüche in schwedischen Krankenhäusern während der Jahre 1901—1910. Nord. med. Arkiv 1: Kirurgi Bd. **46,** Nr. 5, S. 1—38. 1913.

Durch eine Rundfrage bei seinen schwedischen Kollegen ist Verf. in die Lage versetzt, über 664 Fälle von operierten gangränösen Darmbrüchen in den Jahren 1901—1910 berichten zu können. Die Arbeit bringt nichts Neues, interessiert aber sehr durch viele Einzelheiten, durch einen Vergleich der jetzigen Resultate mit denen aus den Jahren 1890—1898 (235 Fälle), über die Verf. bereits früher berichten konnte, durch eine große Reihe instruktiver Tabellen. Folgende Zahlen seien mitgeteilt: 1. Versenkt ohne Eingriffe vom Darm wurden (mit oder ohne schützende Tamponade): 11 h. ing. (6 +), 24 h. conv. (10 +), 1 h. umbil. (1 +) = 36 (17 + = 47%). Dieses Verfahren ist nur in seltenen Ausnahmefällen gestattet. 2. Einstülpung und Übernähung von gangränösem Darm: 36 h. ing. (10 +), 97 h. crur. (15 +), 1 h. obt. (1 +), 1 h. ventr. (1 +) = 132 (27 + = 20%), nur möglich bei kleinen Gangränstellen (Hern. Littré). 3. Anus praeternaturalis: 24 h. ing. (15 +), 64 h. conv. (42 +), 1 h. umb. (1 +), 1 h. obt. (1 +) = 90 (59 + = 65,5%), stets verschleppte Fälle. 4. Darmresektion: 86 h. ing. (32 +), 302 h. conv. (132 +), 9 h. umb. (3 +), 5 h. ventr. (2 +), 4 h. obtur. (4 +) = 406 (173 + = 40,2%). Welche Art der Darmvereinigung (zirkulär, laterale Anastomose, Murphy-Knopf) vorzuziehen ist, läßt sich nicht sagen, da die Angaben darüber leider zu ungenau sind, jedenfalls ist es ziemlich gleichgültig, wenn nur im Gesunden operiert wird. — Mit der fortschreitenden Technik ist die Zahl der Darmresektionen in beiden Berichtsetappen von 47,6% auf 61,1% gestiegen, die Mortalität von 40,1% in der ersten auf 42,3% in der zweiten. Das ist darauf zurückzuführen, daß viele Fälle, die früher anders (vorzüglich mit Anus praeternat.) behandelt wurden, jetzt reseziert werden. *Eugen Schultze.*CH

D'Alessandro, Felice: Ancora altri otto casi di anastomosi intestinale con le griffe del Michel in resezioni intestinali, per gangrena da strozzamento in ernie, per invaginamento e prolasso acuto dell'intestino in fistola stercorale, per lacerazione dell'intestino in ovariectomia. (Weitere acht Fälle von Darmanastomose vermittels Michelscher Klammern nach Resektionen wegen Gangrän bei incarcerierter Hernie, wegen Invagination und akutem Darmprolaps in einer Stercoralfistel, wegen Darmverletzung bei der Ovariektomie.)

(*Osp. riuniti, Napoli.*) Gazz. internaz. di med.-chirurg.-ig. Jg. **1913,** Nr. 40, S. 944 bis 947. 1913.

Verf., der bereits einmal in der Gazz. internaz. über Vereinigung der Darmenden nach Resektion vermittels Michelscher Klammern berichtet hat, beschreibt acht weitere Fälle, in welchen er das Verfahren anwandte. In allen trat Heilung ein, nur ein Fall, in welchem es sich um Resektion einer mit einem Eierstockcarcinom verwachsenen Darmschlinge handelte, endete tödlich. Die Obduktion ergab aber, daß auch hier die Darmnaht einem starken Wasserstrahl standhielt.

Die Technik des Verfahrens besteht darin, daß der Assistent mit zwei Pinzetten die Darmenden gut aneinander hält, während der Operateur die Michelschen Klammern anlegt, von dem Mesenterialansatze beginnend und immer nur wenig von Mucosa und Submucosa oder auch von der ganzen Darmwand fassend, damit keine Stenose des Lumens hervorgerufen wird. Darüber kommt eine Reihe Lembertscher Serosanähte. Die Darmwände lagern sich exakt auf diese Weise aneinander, der Hauptvorteil aber ist, daß die Vereinigung schnell zustande kommt, was von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit ist, da es sich meistens bei Darmresektionen um geschwächte Menschen zu handeln pflegt. Die operierten 8 Fälle werden näher beschrieben.

Herhold (Hannover).CH

Bridge, Norman: Appendicitis. Surg. clin. of John B. Murphy Bd. **2,** Nr. **4,** S. 717—731. 1913.

Klinischer Vortrag mit besonderer Berücksichtigung der Geschichte der Appendicitisoperation in Amerika. *Albrecht* (München).

Acute appendicitis. (Akute Appendicitis.) Surg. clin. of John B. Murphy Bd. **2,** Nr. 1, S. 107—117. 1913.

Betont die Notwendigkeit der Frühoperation. *Wiemer* (Herne).

Nagoya, C.: Über die Drüsen und Follikel des Wurmfortsatzes. (*Pathol. Inst., Univ. Bonn.*) Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. **14,** H. 1, S. 106—125. 1913.

Die systematische histologische Untersuchung des lymphatischen und Drüsenapparates gesunder Wurmfortsätze ergab eine Abhängigkeit ihres Auftretens, der Größe der Zahl und der Form vom Alter des Individuums. Die Lymphfollikel werden im 8. bis 10. Fötalmonat angelegt, erlangen im 2. Monate nach der Geburt ihre völlige Ausbildung und sind im Alter von 10—20 Jahren am zahlreichsten. Die größten Follikel fanden sich gegen das dreißigste Jahr. Die Appendixdrüsen erscheinen im 7.—8. Fötalmonat, erreichen im 5.—6. Monate nach der Geburt ihre volle Entwicklung und werden am zahlreichsten etwa gegen das 20. Lebensjahr. Sie sind bei jüngsten Individuen rudimentär, im Alter von 1—20 Jahren lang, teils gerade, teils geschlängelt und bilden sich im späteren Alter zurück. Sie sind im Endstück etwas größer als im Mittelstück.

Rubesch (Prag).CH

Werelius, Axel: Ill effects from ileosigmoidostomy. Report of case. (Schlimme Folgen nach Ileosigmoidostomie.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 4, S. 510—511. 1913.

Eine 28jährige Frau, die vor $1^1/_2$ Jahren angeblich eine Operation am Uterus durchgemacht hatte, klagte seit der Operation über Schmerzen in der linken Seite des Abdomens, die von Nahrungsaufnahme und Zeit unabhängig sind, durch körperliche Bewegung eine Verschlechterung erfahren und zeitweise nach den übrigen Bezirken des Abdomens ausstrahlen. Gleichzeitig besteht fast andauernd Diarrhöe und Appetitlosigkeit. Symptome, die auf eine im Bereich des Magens, des Duodenums oder der Gallenwege liegende Affektion schließen ließen, fehlen. Urogenitaltraktus in Ordnung. Die palpatorische Untersuchung ergibt im linken unteren Quadranten des Abdomens einen länglichen, etwas derben, leicht druckempfindlichen, beweglichen Tumor. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Neoplasma intestini. Operationsbefund: der Tumor wird von dem distalen sackähnlich dilatierten hypertrophischen Abschnitt des Ileums gebildet, das zu einer Ileosigmoideostomie side to side benutzt worden war. Die Länge des Sackes i. e. der Abstand zwischen der Anastomosenöffnung und dem verschlossenen Ende des Ileums betrug 10, der Durchmesser 4,5 cm. Mikroskopisch: Ödem der Tunica propria und der Muscularis. Starke Hypertrophie der zirkulären Muskelschicht. Durch die Exstirpation des Sackes wurde Heilung erzielt. Werelius ist der Überzeugung, daß die Hypertrophie auf die andauernden Versuche des Blindsackes sich seines Inhalts zu entleeren, zurückzuführen ist und er warnt daher eindringlich bei der Ileosigmoideostomie die Anastomosenöffnung am Ileum allzuweit proximal von dem durch Naht verschlossenen Ende des Ileums anzubringen. Die Arbeit ist durch zwei Illustrationen erläutert. *Saxinger.*CH

Lengnick, Hans: Beitrag zur Operation des Mastdarmvorfalls bei Kindern. (*Städt. Heilanst., Tilsit.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 43, S. 2405—2406. 1913.

Mastdarmvorfall von 8 cm Länge bei einem Kinde, bei dem aus der Überlegung heraus, daß der Thierssche Drahtring oft den gewünschten Erfolg nicht bringt, zum erstenmal ein Streifen der Fascia lata als Nahtmaterial verwandt wurde. Die Umführung des 0,5 cm breiten und 10 cm langen Streifens in einer Nadel mit federndem Öhr machte keine Schwierigkeiten. Der Knoten wurde durch eine Catgutnaht gesichert. Der Erfolg war ein guter. *Plenz.*CH

Kahn, L. Miller: The absence of the „sausage-shaped tumor" and the „mass per rectum" in intussusception in infants. (Über das Fehlen des „Wurstförmigen Tumors" und des „Tumors im Rectum" bei der Intussusception der Kinder.) Med. rec. Bd. **84,** Nr. 12, S. 526—527. 1913.

Verf. weist darauf hin, daß die oben angeführten Symptome fehlen können; bei sehr kleiner Invagination und stark geblähtem Darm oder bei versteckter Lage der Invagination unter dem linken Rippenbogen. Es muß daher allein schon bei plötzlich einsetzendem, heftigem Erbrechen, kontinuierlichen Leibschmerzen, blutigem und schleimigem Stuhlgang bei Kindern die Diagnose gestellt werden, und zwar ehe zu starker Kollaps eintritt. *Krüger* (Weimar).CH

Brignoles, Roux de: Anomalie du gros intestin. Existence de deux S iliaques, découvertes pendant le cours d'une opération d'appendicite. (Anomalie des Dickdarms. Vorhandensein von 2 S-romanum-Schlingen, die im Verlauf einer Blinddarmoperation gefunden wurden.) Arch. provinc. de chirurg. Bd. **22,** Nr. 7, S. 424—428. 1913.

Bei einem 24jährigen Manne setzte sich das Coecum nicht in den Wurmfortsatz, sondern in ein weites Darmlumen von der Dicke des Colon transversum fort, das als S-romanum dextrum gemeinsam mit dem vom Colon descendens kommenden eigentlichen S-romanum am Promontorium in das Rectum mündete. An der Verbindungsstelle mit dem Coecum war eine kleine Verengerung vorhanden. Der Befund wurde röntgenographisch bestätigt. Als Ursache wird eine Entwicklungsstörung beim Foetus angenommen: Erhaltung des beim Foetus ziemlich häufigen S-romanum dextrum und Kommunikation mit dem Coecum. Der erkrankte Wurmfortsatz ging seitlich von der Hinterseite des oberen Cöcalabschnittes aus und war an seiner Spitze mit der Unterfläche der Leber verklebt. *Bergemann* (Berlin).CH

Bien, Gertrud: Zur Entwickelungsgeschichte des menschlichen Dickdarmes. (*I. anat. Lehrkanzel, Wien.*) Anat. Hefte Bd. **49,** H. 1/2, S. 339—357. 1913.

Zusammenfassende, an einem größeren Materiale aufeinanderfolgender Stadien menschlicher Embryonen vom 2. Lunarmonat bis zum Ende der Gravidität und einer Reihe neugeborener Kinder durchgeführte Darstellung der Entwicklung des menschlichen Dickdarmes. Die Untersuchungen erstrecken sich im Gegensatz zu früheren auch auf den Auerbachschen Plexus und die Muscularis mucosae. *Reinhardt.*CH

Bensaude, R.: L'endoscopie recto-colique rectoscopie, sigmoidoscopie. (Die Endoskopie des Rectums und Kolons. Rectoskopie — Sigmoideoskopie.) Monogr. clin. sur les quest. nouv. en méd., en chirurg., en biol. Nr. **73,** S. 1—42. 1913.

Beschreibung des Instruments, dessen Verf. sich gewöhnlich bedient.

Dasselbe besteht aus einem Tubus von 35 cm Länge und 20 mm Durchmesser mit Mandrin. Zur Beleuchtung wird eine innere oder äußere Lichtquelle angewendet, welche näher beschrieben werden. Der Pat. bekommt 3—4 Stunden vor der Untersuchung eine Irrigation; bei starker Obstipation ist dieselbe zu wiederholen; bei Diarrhöe gibt man zweckmäßig danach Opium. Vor Abführmitteln in größeren Dosen ist abzuraten. Die beste Stellung des Kranken zur Untersuchung ist die Kniebrustlage. Nach einigen Bemerkungen über die anatomische Lage des Rectums und der Flexura sigmoidea, sowie über die in diesem Darmteile befindlichen Falten kommt Verf. auf die Technik der Untersuchung zu sprechen. Nach Inspektion der Analgegend und digitaler Untersuchung wird das Rectoskop soweit als möglich in den Darm eingeführt. Dabei darf man nie Gewalt anwenden und den Tubus nur verschieben, wenn man das Lumen des Darmes sieht. Schwierigkeiten macht es oft, mit dem Instrumente den Übergang vom Rectum in die Flexura sigmoidea zu passieren; man erleichtert sich dies, wenn man den Darm durch tiefes Atemholen des Pat. oder durch Lufteinblasung zur Entfaltung bringt. Weiter als bis zur Kuppe der Flexura sigmoidea (ca. 35 cm) läßt sich das Instrument nicht einführen. Bei stärkeren Schmerzen verwendet Verf. eine Anästhesie mittels 2 proz. Cocain oder mittels hochfrequenter Ströme. Als Tupfer verwendet er Holzstäbchen mit Watte.

Eine Rectoskopie ist indiziert bei allen Erkrankungen, welche auf eine Affektion des Dickdarmes oder Mastdarmes hinweisen. Nur bei akut entzündlichen Prozessen des Rectums oder seiner Umgebung wird sie besser unterlassen. Ihr Wert besteht hauptsächlich darin, daß sie die andern Untersuchungsmethoden vervollständigt und präziser gestaltet, vernachlässigen darf man deshalb letztere nicht. Nach einer Beschreibung der rectoskopischen Bilder in normalem Zustande kommt Verf. auf den diagnostischen Wert der Untersuchungsmethode bei verschiedenen Krankheiten zu sprechen. Dabei gibt er an der Hand vieler Abbildungen ein kurzes klinisches Bild und eine genaue Beschreibung des endoskopischen Aussehens des untersten Dickdarmabschnittes bei allen Erkrankungen, welche sich dort lokalisieren. Darauf näher einzugehen, würde den Rahmen eines Referats überschreiten. In zweifelhaften Fällen hat man in der Probeexcision und der histologischen Untersuchung ein Mittel, die Diagnose sicherzustellen. Der therapeutische Wert der Endoskopie besteht darin, daß man die Krankheit rechtzeitig erkennen und eine entsprechende Behandlung einleiten kann. Weiters kann das Leiden mittels Rectoskops einer lokalen chirurgischen oder medikamentösen Therapie zugeführt werden. *v. Winiwarter* (Wien).CH

Exploratory laparotomy in a case of severe ascites in a girl fifteen years of age. With remarks by Dr. Paul Chester. (Probelaparotomie in einem Fall von hochgradigem Ascites bei einem 15jährigen Mädchen.) Surg. clin. of John B. Murphy Bd. 2, Nr. 4, S. 697—703. 1913.

Ursache: Laënnec sche Lebercirrhose mit unbekannter Ätiologie.
Albrecht (München).

Harnorgane:

Frank, Ernst R. W.: Hyperämiebehandlung bei entzündlich infiltrativen Erkrankungsprozessen in den Harnwegen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 45, S. 2185—2188. 1913.

Beschreibung und Abbildung seiner zur Hitze-Hyperämiebehandlung der Harn- und Geschlechtsorgane dienenden mit Elektrizität geheizten Vorrichtungen: des Rectotherms, für heiße rectale Applikation, des Testotherms zur Behandlung der Hoden und Nebenhoden mit Hitzehyperämie, des Urethrotherms zur Beseitigung von Infiltraten und Narben der Urethralschleimhaut. Für letzteren Zweck gibt es elastische Wärmesonden und metallische Hitzesonden. Verbrennungen sind durch Einschalten von Regulationsvorrichtungen unmöglich; die durch eigenen Heizkörper produzierte Wärme wird direkt an die Sondenwand abgegeben. Temperaturen bis 55° C sind von ausgezeichneter Wirkung und werden von den Patienten sehr gut vertragen. Die Sonden können dabei 20—30 Minuten liegen bleiben. Die Wärme der Sonden wirkt außerordentlich schmerzlindernd. Hauptsächlich geeignet für die Behandlung mit Hitzesonden sind die in der Tiefe der Harnröhrenschleimhaut sich abspielenden infiltrativen Prozesse; außer der rein mechanischen Dehnung wird eine Massage bewirkt, Infiltrate werden geschmeidiger, das Narbengewebe wird unter dem Einfluß der hauptsächlich wirkenden aktiven Hyperämie serös durchtränkt, aufgelockert, resorbierbar. Das rasche Nachgeben von Strikturen in einer einzigen Sitzung ist mitunter ganz erstaunlich. Schädigungen durch die Hitzesondenbehandlung sind nicht bemerkt. *de Ahna* (Potsdam).CH

Stopford, J. S. B.: A note on the significance of certain anomalies of the renal and spermatic arteries. (Über die Bedeutung gewisser Anomalien der Aa. renales und der Aa. spermaticae.) Journal of anat. a. physiol. Bd. 48, Nr. 1, S. 81—85. 1913.

Objekt: männliche Leiche. Linke Niere von normaler Form und Größe, liegt etwas tiefer als die rechte. Ihre Hauptarterie entspringt von der Aorta $^3/_4$ Zoll unterhalb der A. mesenterica sup. in der gleichen Höhe wie die rechte A. renalis. Sie verläuft lateralwärts und teilt sich vor dem Eintritt in den Hilus in drei primäre Äste. Der erste von diesen dringt unmittelbar oberhalb des Hilus in die Nierensubtanz ein, der zweite teilt sich in eine Anzahl sekundärer Äste, die sich hinter dem Ureter in den Hilus einsenken, der dritte untere Ast verläuft schräg nach unten und seitlich, überkreuzt die V. renalis und begibt sich in den unteren Teil des Hilus. Auch eine A. renalis accessoria ist sichtbar; sie entspringt vor der linken Seite der Aorta in der Mitte zwischen der A. renalis und der A. mesenterica inf., zieht nach oben und tritt vor dem Ureter unterhalb des Hilus in die Nierensubstanz ein. Von dieser A. renalis accessoria entspringen zwei A. spermaticae. Die laterale von ihnen ist die dickere, besitzt ungefähr das Kaliber der rechten, welche von der Aorta neben der A. renalis d. ihren Ursprung nimmt. Eine

von der Aorta kommende A. spermatica s. konnte nicht aufgefunden werden. An der linken Niere zeigte der Hilus den sog. semi-anterioren Typus, d. h. die hintere Hiluslippe erstreckte sich bedeutend weiter medialwärts als die vordere.

Eine Teilung der A. renalis in mehrere Äste und das Vorkommen einer oder mehrerer akzessorischer Nierenarterien ist durchaus nicht ungewöhnlich; es ist der Ausdruck des ursprünglichsten segmentären Aufbaues, wie er ähnlich noch bei manchen niedrigstehenden Tieren anzutreffen ist. Dagegen ist das Vorkommen von zwei Aa. spermaticae verhältnismäßig recht selten. Die von Robinson und Young gegebene Erklärung für die letztere Anomalie geht dahin, daß sich der Hoden in mindestens zwei Segmenten ausbildete, während der Ursprung der A. spermatica von der A. renalis oder suprarenalis dafür sprechen soll, daß die Wurzel des ursprünglichen Gefäßes obliterierte und durch „Erweiterung einer Anastomose zwischen den visceralen Ästen auseinanderliegender Körpersegmente" eine Verschmelzung der beiden Gefäßtrunci eintrat. *Saxinger* (München).[CH]

Stawell, R. R.: The surgical treatment of nephritis. (Die chirurgische Behandlung der Nephritis.) Austral. med. journal Bd. 2, Nr. 113, S. 1207 bis 1209. 1913.

Besprechung der verschiedenen Theorien über die Wirkung der Edebohlsschen Dekapsulation. Verf. sieht den günstigen Einfluß der Operation in einer Drainage bzw. Entfernung toxischer Gewebssäfte aus der Nierenrinde, in manchen Fällen in einer Beseitigung der Spannung im Nierengewebe. **Geeignet für die Operation sind hauptsächlich Fälle chronischer Entzündung im Gegensatz zu Fällen chronischer Degeneration.** Besonders günstige Aussichten für die Dekapsulation bieten chronische Nephritiden mit nachweisbar akutem Beginn, z. B. die Nephritis nach Scharlach, wenn eine längere Zeit fortgesetzte interne Behandlung erfolglos geblieben ist. Die schleichend beginnende chronische Nephritis und die akute Nephritis bieten der Operation geringere Chancen. In 3 vom Verf. beobachteten Fällen hatte die Operation einen guten Erfolg. Einmal blieb zwar eine starke Albuminurie bestehen, Verf. schreibt aber diesem Symptom keine so erhebliche Bedeutung für die Beurteilung der Nephritis zu, wie es gemeinhin geschieht. Bezüglich der Technik der Operation rät Verf. nach der Dekapsulation das Bett der Niere sowohl wie deren Oberfläche zu scarifizieren, curettieren oder mit Gaze abzureiben, um dadurch die Bildung von Adhäsionen zu beschleunigen. — Mikrophotogramm eines operativ gewonnenen Schnittes aus der Nierenrinde. (Glomerulonephritis, kleinzellige Infiltration, degenerative und interstitiell-produktive Veränderungen.) *Kempf* (Braunschweig).[CH]

Brewer, George Emerson: Beobachtungen über akute hämatogene Infektionen der Niere. (17. internat. med. Kongr., London 1913.) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 2, H. 1, S. 36—54. 1913.

Verf. unterscheidet drei Typen, die durch Tierversuche und klinische Beobachtungen illustriert werden. Die erste, schwerste, foudroyante Form, häufig an Infektionskrankheiten anschließend, führt fast immer zum Tod. Diagnose schwierig wegen der Allgemeinerkrankung. Frühzeitige Diagnose und sofortige Nephrektomie. Von 16 Fällen wurden 10 gerettet. Der zweite Typus ist milder, aber noch immer ernst wegen der Tatsache, daß, wenn er unerkannt und unbehandelt bleibt, er zur Entwicklung von schweren endgültigen Schädigungen führt. Frühzeitige Dekapsulation. Von 20 Fällen alle genesen. Die dritte milde Form wird mit Ruhe, Wasser und Urotropin behandelt. Ätiologisch: Während des Verlaufes einer Infektionskrankheit finden Mikroorganismen ihren Weg in die Blutbahn und werden durch die Nieren ausgeschieden. Je nach Zahl und Virulenz der Mikroorganismen und Intaktheit der Nieren wird der Grad der Schädigung verschieden sein resp. wird die Niere mit der Ausscheidung fertig werden oder nicht. Die hämatogene Infektion ist für die größere Anzahl der Fälle von Niereninfektion verantwortlich zu machen. *Weißwange* (Dresden).

Taddei, Domenico: Contributo allo studio delle nefriti chroniche dolorose unilaterali. (Beitrag zum Studium der chronischen, schmerzhaften, ein-

seitigen Nephritis.) (*Istit. di patol. spec. chirurg. dimostr., univ., Cagliari.*) Folia urol. Bd. 8, Nr. 1, S. 12—34. 1913.

Verf. beschreibt in ausführlicher Weise den klinischen Operationsbefund bei einem Fall von chronischer einseitiger schmerzhafter Nephritis bei einem 23jährigen Arbeiter. Die linke Niere war druckempfindlich. Es bestand Polyurie. Die Miktion, welche stündlich erfolgte, war nicht schmerzhaft. Im linken Sondenurin fanden sich Leukocyten, granulierte und hyaline Zylinder, Epithelien, Erythrocyten und kohlensaurer Kalk. Der rechte Sondenurin bot absolut normale Verhältnisse. Wegen Verdachts auf Tuberkulose wurde die linke Niere exstirpiert. Das Präparat zeigte fettige Degeneration und kleinzellige Infiltration; der histologische Befund wird eingehend beschrieben. Als Ursache der Erkrankung kommt in dem Falle Gonorrhöe und Infektion vom Darm aus nicht in Betracht. Verf. glaubt, daß es sich um eine atypische tuberkulöse Infektion handeln könne. Er plädiert dafür, in sicher als einseitig nachgewiesenen ähnlichen Fällen die Nephrektomie vorzunehmen, da die Dekapsulation und Nephrotomie nur selten definitive Heilungen erzielt habe. Der Fall ist am 31. Januar operiert und im Mai publiziert. *Kotzenberg* (Hamburg).CH

Bartlett, Charles J.: Pyelitis in the adult. (Pyelitis der Erwachsenen.) New York med. journal Bd. 98, Nr. 16, S. 756—760. 1913.

Die Pyelitis wird oft übersehen oder mit anderen Erkrankungen — Malaria, chronische Appendicitis, Lumbago — verwechselt. In Kapsammers Statistik von 750 autoptisch beobachteten Fällen von Pyelitis und Pyelonephritis war nur ein Drittel während des Lebens diagnostiziert. Die Diagnose ist auch nur bei einem Teil der Fälle leicht; ein anderer geht so unter dem Bilde einer akuten Infektion ohne jede Lokalisation einher, daß nur sorgfältigste Urinuntersuchung zum Ziele führt, und ein dritter wiederum, ohne Allgemeinerscheinungen, täuscht die oben erwähnten Krankheitsbilder vor. — Diagnostisch verwertbar bei Pyurie ist bisweilen saure Reaktion für Pyelitis; den Epithelien im Sediment kann man ihre Herkunft aus dem Nierenbecken oder der Blase nicht ansehen. In unsicheren Fällen gibt nur Ureterenkatheterismus und bakteriologische Untersuchung des aseptisch aufgefangenen Urins Aufschluß. — Das die Infektion verursachende Bacterium findet man fast stets in Reinkultur; meist ist es das Bact. coli, häufig auch das Bac. proteus vulgaris oder Staphylokokken. In bezug auf den Infektionsmodus schließt sich Bartlett dem descendierenden an. — Für unser therapeutisches Handeln ist von Wichtigkeit, daß Hexamethylentetramin (Urotrogin) nur wirken kann, bei saurer Reaktion des Urins; es empfiehlt sich daher, gleichzeitig phosphorsaures Natrium zu geben, damit die Abspaltung freien Formaldehyds aus dem Urotropin vor sich gehen kann. — Von Vaccinetherapie hat er in einzelnen Fällen Erfolge gesehen. *Posner* (Jüterbog).CH

Cohn, Paul: Zur Behandlung der Pyelonephritis. Dermatol. Zentralbl. Jg. 17, Nr. 1, S. 11. 1913.

Cohn empfiehlt zur Behandlung der akuten Pyelonephritis Einreibung mit Unguentum Credé (pro die 3 g 3 Tage lang). Der Erfolg war in einem Fall sehr befriedigend. *Münnich.*CH

Pauchet, V., et M. Pruvost: Tuberculose rénale droite (douleurs rénales gauches). Séparation transvésicale des urines. Néphrectomie droite à l'anesthésie régionale. (Rechtsseitige Nierentuberkulose [linksseitiger Schmerz]. Transvesicale Urinseparation. Rechtsseitige Nephrektomie mit regionärer Anästhesie.) Arch. provinc. de chirurg. Jg. 22, Nr. 9, S. 501—507. 1913.

Der Kranke, über den die Verff. berichten, zeigte bei einem während der ganzen Miktion gleichmäßig getrübten Urin keine Hämaturie und bei Palpation linksseitigen Nierenschmerz. Die Cystoskopie war nicht möglich, da bei vorgeschrittener Blasentuberkulose das Organ geringe Kapazität hatte und zu empfindlich war. Deshalb wurde nach Sectio alta der direkte Ureterenkatheterismus ausgeführt. Die rechte Niere gab eitrigen Urin, die linke nicht. Die Funktionsprüfung ergab rechts schwere Schädigung der Niere, links normale Verhältnisse. Exstirpation der rechten Niere in regionärer Anästhesie, die aber bei Unterbindung der Gefäße durch Kelennarkose ergänzt werden mußte; Beschreibung der Technik. Die exstirpierte Niere zeigte eine kleine, nußgroße Kaverne im unteren Pol, Tuberkulose des Nierenbeckens und des Ureters.

Die linksseitigen Schmerzen bei rechtsseitiger Erkrankung erklären die Verff. durch die Kapselspannung der linken, hypertrophischen Niere. (Eine Prüfung der Einzelurine auf Tuberkelbacillen scheint nicht vorgenommen worden zu sein!) *Janssen* (Düsseldorf).CH

Rochet: Die Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose im Frühstadium. Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 2, H. 1, S. 55—100. 1913.

In der urologischen Sektion des XVIII. internationalen medizinischen Kongresses

gehaltenes Referat. Erst im Falle von Pyurie und einer gewissen Herabsetzung der Funktionstüchtigkeit der tuberkulösen Niere oder bei Komplikationen, wie ernste Hämaturien, Blasenstörungen, Fieber usw., ist die Nephrektomie auszuführen. Eine Niere, welche bacillenhaltigen, tierpositiven Urin sezerniert, ohne sonst klinische Symptome zu verursachen, soll unter strenger Bewachung abwartend behandelt werden.

v. Lichtenberg (Straßburg).CH

Schönberg, S.: Über tuberkulöse Schrumpfnieren. (*Pathol.-anat. Inst., Basel.*) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **78,** H. 5/6, S. 371—386. 1913.

Bei 28 Jahre alter Frau hatte während ein Jahr langer Beobachtung das typische Krankheitsbild der Schrumpfniere bestanden: Vermehrung der Harnmenge, Herabsetzung des spezifischen Gewichts, hyaline Zylinder, Eiweißgehalt 0,5—1‰ Esbach. Blutdruck 230 mm Hg. Retinitis albuminurica. Im ganzen Verlauf leichter urämischer Zustand mit Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindelgefühl. Tod im urämischen Anfall. Sektionsbefund: Schrumpfniere, makroskopisch vom Aussehen einer Kombination von arteriosklerotischer und genuiner Schrumpfung, mit auffallendem Verschontbleiben der beiden Pole von der Schrumpfung. Ziemlich reichlich tuberkelähnliche Knötchen; sonst im Körper nichts von Tuberkulose. Ausgedehnte Zerstörung der linken Gehirnhemisphäre durch Blutung. Ferner wird der Befund bei einer 48 Jahre alten Frau mitgeteilt, wo ein makroskopisch wie eine gewöhnliche Infarktnarbe aussehender Herd mikroskopisch sich als isolierte Tuberkulose der Niere erwies. Schließlich der Befund einer 64jährigen Phthisikerin, bei der ohne klinische Erscheinungen der Schrumpfniere eine chronische Tuberkulose der Nieren mit ziemlich stark ausgesprochener Neigung zur bindegewebigen Umwandlung und Schrumpfung mit teilweiser Verödung der Glomeruli bestand. Bei der Ätiologie der Schrumpfniere muß daher auch die Tuberkulose in Betracht gezogen werden. *Gümbel* (Bernau).CH

Pasquereau, Xavier: De la cystostomie ajoutée à la néphrectomie comme traitement de la tuberculose réno-vésicale très avancée. (Cystostomie als Ergänzung der Nephrektomie in der Behandlung sehr vorgeschrittener Nieren-Blasentuberkulose.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31,** Nr. 18, S. 347 bis 349. 1913.

In einem Falle von Nierentuberkulose war der sehr heftigen schmerzhaften Cystitis wegen eine Blasenfistel angelegt worden. Pasquereau führte den Ureterkatheterismus durch die offene Blase hindurch aus und stellte die Krankheit der rechten Niere und eine genügende Funktion der linken Niere fest. Nephrektomie rechts. Die Blasenfistel ließ er bestehen. Pat. blühte auf. Trotz $1^1/_2$jähriger Lokalbehandlung der Blase entstanden bei jeder Miktion auf natürlichem Wege unerträgliche Schmerzen. Wenn die Fistel funktionierte, war sie schmerzfrei (Urinal). Verf. empfiehlt auf Grund dieses Falles wiederum die Cystostomie bei rebellischer tuberkulöser Cystitis (Doppelseitigkeit der Nierentuberkulose!). *W. Israel* (Berlin).CH

Pasquereau, Xavier: Volumineux kyste séreux du rein. (Große seröse Cyste der Niere.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31,** Nr. 18, S. 341—346. 1913.

Vor 17 Jahren zeigte der Kranke die ersten Erscheinungen: ein kleiner Tumor erschien in der linken Flanke, während eine Woche lang intermittierende Hämaturien auftraten; ein Eingriff wurde damals abgelehnt. Jetzt war, nach langjährigem Wohlbefinden, vor 3 Monaten unter Hämaturien ein großer prallelastischer Tumor der linken Nierengegend aufgetreten, der den Träger nur wenig behinderte. Ureterkatheterismus ergab rechts gute Funktion, links schwere Schädigung. Die exstirpierte linke Niere zeigte am oberen und unteren Pol Parenchymreste, der übrige Teil der Niere war umgewandelt in eine seröse Cyste, die in keinem Zusammenhang mit Nierenbecken und Leber stand. Auf die häufige Verwechslung mit Hydronephrose wird hingewiesen. *Janssen* (Düsseldorf).CH

Rosenfeld, Ernst: Die histogenetische Ableitung der Grawitzschen Nierengeschwülste. (*Städt. Krankenh., Charlottenburg-Westend.*) Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. **14,** H. 1, S. 151—184. 1913.

Ausführlicher Bericht über 4 Nebennierentumoren und 17, teils durch Operation, teils durch Sektion gewonnene Nierentumoren. Als Grawitzsche Tumoren („hypernephride Tumoren") sind nur die aufzufassen, bei denen die histologische Untersuchung eine Übereinstimmung mit dem Bau der echten Nebennierengeschwülste ergibt, nicht aber auch solche, deren adeno-papillomatoser Aufbau eine „einwandfreie histogenetische Ableitung" nicht zuläßt. Geschwulstätiologisch präzisiert sich Verf. dahin, daß die Grawitzsche Theorie der hypernephrogenen Abstauung wohl für einen Teil der Geschwülste als sicher anzunehmen ist, daß es aber außerdem Nierentumoren von

nebennierenartigem Bau gibt, deren Genese nicht erklärt werden kann. Ein großer Teil der makroskopisch als Grawitz - Tumoren imponierenden Geschwülste sind überdies Adenome und Papillome vom Nierenzelltypus, echte Carcinome, Sarkome und Mischgeschwülste. *Posner* (Jüterbog).CH

Lejars et Rubens-Duval: Contribution à l'étude des reins ectopiques congénitaux non pathologiques. (Beitrag zur Kenntnis der nicht erkrankten ektopischen Niere.) Rev. de chirurg. Jg. **33**, Nr. 10, S. 541—566. 1913.

Im Anschluß an zwei eigene Beobachtungen werden die diagnostischen Irrtümer, zu welchen ektopische Nieren Veranlassung geben können, besprochen. Die Autoren haben einmal unter der Diagnose einer langstieligen, stielgedrehten Ovarialcyste, ein anderes Mal unter der eines Darmtumors — es bestanden Symptome der Darmobstruktion — operiert. Genaue anatomische Untersuchung der exstirpierten Nieren stellte chronische, atrophisch-degenerative Prozesse darin fest. *v. Lichtenberg* (Straßburg).CH

Kilvington, Basil: Decapsulation of kidney. (Nierendekapsulation.) Austral. med. journal Bd. **2**, Nr. 113, S. 1209—1210. 1913.

Die erste Operation bei Nephritis hat nach Verf. nicht Edebohls, sondern Reginald Harrison ausgeführt, der im Jahre 1878 eine nicht erkannte Nephritis, die er für ein Steinleiden hielt, durch Nephrotomie zur Heilung brachte. Verf. berichtet über 4 Fälle schwerer Nephritis mit Ödemen und urämischen Zuständen, von denen 2 mit Erfolg operiert wurden, während von den beiden anderen einer unoperiert, der andere 30 Stunden p. oper. im Shock starb. Bei der Besprechung der Fälle behauptet Verf., daß die Hauptfunktion der Nieren nicht ihre exkretorische Tätigkeit, die auch vom Darm geleistet werden könne, sei, sondern die Erhaltung einer bestimmten Salzkonzentration des Blutes. Für die Operation eignen sich besonders akute Nephritiden, die 1 oder 2 Monate erfolglos intern behandelt sind. Die besten Resultate geben Fälle von großer weißer Niere, geringere solche von kleiner weißer Niere. Niemals operiert hat Verf. bei Granularatrophie der Niere. Die Wirkung der Operation besteht im Einwachsen kleiner Blutgefäße aus den Lumbalarterien in das dekapsulierte Organ. Die Operation, die immer zweizeitig (eine Niere nach der anderen) ausgeführt werden soll, bewirkt keine völlige Heilung, aber eine erhebliche Besserung des Leidens. Wie lange diese Besserung anhält, kann Verf. nicht sagen. *Kempf.*CH

Adams, W. T.: Report of cases of renal calculi in which acute intestinal obstruction was an important complication. (Bericht über einige Fälle von Nierensteinen, die durch akute Obstipation kompliziert waren.) St. Paul med. journal Bd. **15**, Nr. 2, S. 79—82. 1913.

Mitteilung dreier Krankengeschichten. Im 1. Falle ließ nur die klinische Beobachtung auf einen eingeklemmten Nierenstein schließen, während Ureterenkatheterismus und Röntgenographie negative Resultate lieferten. Operation, Heilung. Die beiden anderen Fälle wurden konservativ behandelt. Bei allen drei Patienten bestand zur Zeit des Anfalls eine reflektorische Obstipation, die erst nach Anwendung verschiedener Drastika zu heben war. *Wiemer.*

Wischnewsky, A. W.: Ein Fall von irrtümlicher Deutung eines Nierenröntgenogramms. Zeitschr. f. Urol. Bd. **7**, H. 11, S. 879—881. 1913.

Bei einer 22jährigen Patientin war auf Grund eines Röntgenbildes die Diagnose Nierenstein gestellt worden. Eine Operation wurde nicht vorgenommen. Patientin starb nach 5 Jahren. Der traubenartige Schatten der Niere war durch eine Tuberkulose mit Inkrustationen hervorgerufen worden. *Oehlecker* (Hamburg).CH

Gilberti, Pietro: L'ernia dell'uretere. Contributo alla casistica. (Der Ureter im Bruchsack.) (*Osp. magg., Bergamo.*) Riv. veneta di scienze med. Bd. **58**, Nr. 2, S. 86—90, Nr. 3, S. 120—133, Nr. 4, S. 169—182, Nr. 5, S. 227—235 u. Nr. 6, S. 254—268. 1913.

Verf. stellt 33 Fälle aus der Literatur zusammen, in denen der Ureter als Bruchsackinhalt gefunden worden ist. Er bespricht eingehend an der Hand der einzelnen Fälle die ätiologischen Möglichkeiten für die Entstehung dieses Leidens. Von den 33 Fällen wurden 30 operativ behandelt mit zwei Todesfällen. Um unbeabsichtigte Verletzungen bei der Operation zu vermeiden, ist die Diagnosenstellung von Wichtigkeit. Diese

stützt sich auf folgende Punkte: 1. Die leichte Reponierbarkeit der Hernie fällt auf. Man hat zugleich das Gefühl eines flüchtigen Fremdkörpers, der scheinbar hohl ist; 2. Unbestimmte Schmerzen in der Lendengegend sind fast stets vorhanden, die Miktion ist schmerzhaft, unregelmäßig und blutig. Das Bruchband wird nicht vertragen. Nach Anlegen desselben ist die Urinmenge vermindert, wird es entfernt, so tritt reichlichere Miktion auf, die dem Kranken spontan durch ihre Menge auffällt. Zeitweise wird auf derselben Seite Hydronephrose konstatiert. Beim Katheterismus der Ureteren kann man mitunter die Sonde im Bruchsack fühlen, oder es wird kurz über dem vesicalen Ostium des Ureters ein unüberwindbarer Widerstand gefunden. Bei der Operation muß mitunter eine Ureteroanastomose oder, wenn zugleich eine Cystocele vorhanden ist, eine Uretero-vesicoanastomose gemacht werden. *Kotzenberg.*CH

Barbey, Albert: Über die Insuffizienz des vesicalen Harnleiterendes. (*Chirurg. Univ.-Klin., Straßburg.*) Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. **1**, H. 6, S. 567—581. 1913.

Drei klinisch diagnostizierte Fälle dieser seltenen Erkrankung, zweimal im Anschluß an Tuberkulose, einmal im Anschluß an eine kongenitale Störung der Blaseninnervation entstanden. Neben dem cystoskopisch feststellbaren starren Klaffen der Ureterenmündung sichert die röntgenologische Feststellung der Kollargolaszension aus der Blase die Diagnose.
v. Lichtenberg (Straßburg).CH

Kogan, B.: Mode de production et diagnostic des troubles vésicaux d'origine génitale chez la femme. (Entstehung und Diagnose der Blasenstörungen genitalen Ursprungs beim Weibe.) Médicin pratic. Jg. **9**, Nr. 17, S. 261 bis 263. 1913.

Verf. bespricht die bei Myomen und Vorfall auftretenden Blasenstörungen (orthostatische Pollakyurie, Dysurie, Harnverhaltung, Inkontinenz, Verlängerung des Ureters) und empfiehlt die Anwendung der Cystoskopie, die in den meisten Fällen darüber Aufschluß gibt, ob die Blasenstörungen genitalen oder vesicalen Ursprungs sind.
Engelhorn (Erlangen).

François, Jules: Sur la transformation de la cystite kystique en cystite glandulaire. (Über die Transformation von cystischer in glanduläre Cystitis.) (*Hôp. Lariboisière.*) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 2, S. 207—232. 1913.

Verf. hatte unter Dr. Marion Gelegenheit, einen Fall von cystischer und glandulärer Cystitis zu beobachten und deren Beziehungen zueinander zu studieren. Er gibt zuerst eine eingehende Schilderung der histologischen Bilder der bei der Cystotomie der Patienten erhaltenen Blasenschleimhaut. Darauf werden die Veränderungen der Mucosa und Submucosa bei den beiden Formen der Cystitis beschrieben. Von besonderem Interesse ist das Auftreten von Epithelnestern und Drüsenbildungen. Die Ursache der Entstehung dieser Epithelnester und ihre Beziehung zu der Drüsenbildung ist nicht klar. Verf. spricht ihnen aber keine führende Rolle bei der Entstehung der Cystitis zu. Als Ursache der Cystitis kommt in Betracht einmal die Umbildungsfähigkeit des Blasenepithels in Cysten und weiterhin in Drüsen und dann die Versprengung von embryonalen Zellkeimen des Intestinaltraktus. Eine Reihe von Abbildungen der beiden Cystitisformen, sowie ein Bild, welches den Übergang der einen in die andere Form erläutert, beschließen die Arbeit. *Kotzenberg* (Hamburg).CH

Wolbarst, Abraham L.: Multiple papilloma of the bladder constituting an obstruction of the vesical neck, successfully treated with the Oudin (fulguration) current. (Multiple Papillome der Blase, drohender Verschluß des Blasenausganges; Heilung mittels des Oudinschen Stromes [Fulguration].) Urol. a. cut. rev. Bd. **17**, Nr. 10, S. 538—539. 1913.

40jähriger Patient klagt über seit einem Jahr bestehenden häufigen Harndrang und oft nur tropfenweises Abgehen von Urin. Den letzten Tropfen ist häufig Blut beigemischt. Objektiv: der Harn gibt schwache Eiweißreaktion, im Sediment finden sich zahlreiche Erythrocyten, Leukocyten und Blasenepithelien. Cystoskopie: rechts oben und links vom Rande des Orificium internum urethrae je ein großer papillomatöser, blumenkohlartig gebauter Tumor mit breiter Basis und kurzem Stiel. Die beiden Tumoren hängen in das Orificium internum

hinein, berühren sich mit den Spitzen und bilden so eine Masse, welche den Blasenausgang zu verschließen droht. Bei Berührung mit dem Cystoskop Blutung. Wolbarst leitete eine Behandlung mittels der Beerschen Fulguration durch Oudinschen Strom ein. Nach einigen 30 Sekunden lang dauernden Applikationen waren die Tumoren sichtlich kleiner geworden. Schließlich war nur noch die Stelle ihrer Implantation als ein kleiner weißlicher Vorsprung sichtbar. Die Blutung war nur geringfügig. Nach jeder Behandlung entleerten sich aus der Blase zahlreiche größere und kleinere Fetzen, bestehend aus Tumorgewebe. W. hält die papillomatösen Blasentumoren für benigne Neubildungen und empfiehlt daher die Behandlung mittels des Oudinschen Stromes. (Die Arbeit enthält fünf gute Blasenphotogramme.)

Saxinger (München).CH

Buerger, Leo: Ein Beitrag zur Kenntnis vom Ulcus simplex vesicae. (*Mount-Sinai-Hosp., New York.*) Folia urol. Bd. **7**, Nr. 9, S. 543—564. 1913.

Auf Grund selbstbeobachteter Fälle unterscheidet Buerger zwei Arten von einfachen Geschwüren der Blase, das oberflächliche und das tiefsitzende oder chronische, callöse Ulcus. Diese sogenannten „einfachen" Geschwüre sind wohl zu unterscheiden von Erkrankungen der Blase, die eine spezifisch entzündliche Ursache haben, wie Tuberkulose oder Syphilis, sowie auch von Neubildungen. Die Richtigkeit dieser Auffassung fand sich durch cystoskopische und pathologisch-anatomische Untersuchungen bestätigt. Die klinischen Symptome bestehen in intensiver Dysurie und häufigem Harndrang; im Urin finden sich Blut und Eiter. Die Geschwüre vom chronischen Typus sind meist in der Gegend des Trigonum lokalisiert. Trotz der im allgemeinen zutreffenden Bezeichnung „solitäres" Ulcus können sich auch an anderen Stellen der Blasenschleimhaut eine oder mehrere oberflächliche Erosionen als sekundäre Begleiterscheinung finden. Die wirksamste Therapie, die auch am schnellsten zum Ziel führt, besteht in Excision der ulcerierten Schleimhautpartie vermittels eines vom Autor ersonnenen Operationscystoskops und einer Zange mit tassenförmigen Fängen. In allen Fällen von chronischer Cystitis mit den oben geschilderten Symptomen sollte sorgfältig nach dem Vorhandensein eines einfachen Ulcus geforscht werden; die chronische Cystitis und die sehr reizbare geschrumpfte Blase sind dann nur sekundäre Erscheinungen, die nur nach Beseitigung des primären Geschwürs zur Ausheilung kommen. *Dencks* (Neukölln).CH

Lemoine, Georges: Création d'une vessie nouvelle par un procédé personnel après cystectomie totale pour cancer. (Methode zur Bildung einer neuen Blase nach totaler Cystektomie wegen Carcinom.) Journal d'urol. Bd. **4**, Nr. 3, S. 367—372. 1913.

Bei einem Patienten wurde die Blase wegen Carcinom zunächst reseziert, nach 10 Monaten wegen Rezidiv die totale Cystektomie mit Einpflanzung der Ureteren in das Rectum ausgeführt. Um einer ascendierenden Infektion der Nieren vorzubeugen, wurde dann in einer zweiten Sitzung, durch das Vorgehen von Heitz-Boyer und Hovelaque angeregt, die Bildung einer neuen Blase aus dem Rectum ausgeführt. Laparotomie. Das Rectum wurde ungefähr in der Höhe des Promontoriums durchtrennt und vernäht, das Colon sigmoideum provisorisch verschlossen, mobilisiert und in eine hintere und links vom Rectum stumpf geschaffene Tasche gelagert. Sacro-coccygealschnitt bis über den Sphincter. Herabholen des Sigma. Querincision am Damm und Freilegung des Orificium internum urethrae. Zirkuläre Ablösung des Rectums von perinealer und sakraler Wunde aus und Durchtrennung desselben dicht über der Analportion. Invagination des Sigmoideum in dieselbe. Das ausgeschaltete Rectum ist über das Orificium internum urethrae gebracht und teils durch Dauerkatheter, teils durch Drain nach dem Perineum zu drainiert. 18 Tage nach der Operation ist Patient einer durch die Retraktion des nicht genügend mobilisierten Sigmoideum verursachten Infektion erlegen. Bei der Sektion fand man nur geringe Nierenveränderungen, aber die neue Blase etwas klein, da das Rectum zu hoch über der Portio analis reseziert wurde.

v. Lichtenberg (Straßburg).CH

Bastos, Henrique: Fracture spontanée des calculs de la vessie. (Spontanzertrümmerung der Blasensteine.) Folia urol. Bd. **2**, Nr. 2, S. 81—90. 1913.

Die spontane Zertrümmerung der Blasensteine ist ein äußerst seltener Vorgang, der unter 10000 Fällen sich nur einmal ereignet. Verf. beschreibt einen selbst beobachteten Fall bei einem 65jährigen Manne mit Prostatahypertrophie, Urinretention und Infektion der Blase. Die Steintrümmer gingen teils spontan ab, teils wurden sie mittels der Sectio alta entfernt (in einer 2. Sitzung wurde auch die Prostatektomie vorgenommen). Heilung. Verf. folgert

aus seinen Untersuchungen an diesem Falle: Die spontane Zertrümmerung der Blasensteine geschieht weder durch Mikroben, noch durch Blasenkontraktionen, sondern durch physikalisch-chemische Veränderungen, die innerhalb des Steines vor sich gehen. *Oehler.*CH

Pedersen, Victor Cox: Topography of the bladder, with special reference to cystoscopy. (Die Topographie der Blase mit besonderer Berücksichtigung der Cystoskopie.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 8, S. 353—357. 1913.

Verf. wünscht, daß für die cystoskopisch wichtigen Teile der Blase eine einheitliche Nomenklatur eingeführt werde. Er teilt die Blase mittels zweier Ebenen in vier Quadranten. Die erste Ebene teilt die Blase in eine obere und untere Hälfte, indem die Ebene horizontal die Blase hinter dem Eintritt der Ureteren in die Blasenwand schneidet. Die zweite Ebene schneidet vertikal durch Urethra und Blase und trennte so den Fundus von der oberen Hälfte. Der erste Quadrant enthält darnach die beiden Uretermündungen mit dem Trigonum und den hinteren Teil des Blasenhalses. Der zweite oder hintere obere Quadrant liegt hinter dem Ureterfeld und umfaßt den tiefen Fundus der Blase. Der dritte oder Urachusquadrant enthält den Blasenscheitel. Der vierte oder retropubische Quadrant enthält den hinter der Symphyse gelegenen Teil der Blase und den vorderen Blasenhals. Diese Einteilung eignet sich nach Ansicht des Verf. ebensogut für die Fixierung urethoroskopischer wie cystoskopischer Blasenbefunde, was an der Hand von drei Krankengeschichten illustriert wird. *Kotzenberg* (Hamburg).CH

Malherbe, Henri: Cas curieux de tuberculose uro-génitale. Envahissement de la muqueuse de l'urèthre. (Ein bemerkenswerter Fall von Urogenitaltuberkulose. Zerstörung der Urethralschleimhaut.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31**, Nr. 22, S. 421—427. 1913.

Verf. beschreibt einen Fall von schwerer allgemeiner Tuberkulose, bei dem die Schleimhaut der Urethra derart zerstört war, wie die Sektion zeigte, daß ein Katheterisieren unmöglich war. Es bestanden starke Ulcerationen und Wucherungen, die das Lumen verlegten sowie ein Divertikel in der Harnröhre. Blase, Samenblasen, Prostata und ein Hoden waren ebenfalls weitgehend durch den tuberkulösen Prozeß zerstört. *Kotzenberg* (Hamburg).CH

Beck, Emil G.: The aid of the stereoscopic radiograph in locating and estimating the size of stones in the bladder and kidney. (Das Hilfsmittel der stereoskopischen Radiographie bei Lokalisierung und Größenbestimmung von Blasen- und Nierensteinen.) Urol. a. cut. rev. Bd. **17**, Nr. 10, S. 526—529. 1913.

Steinschatten im Urogenitalsystem können durch Fäkalien, verkalkte Venen, Drüsen oder kleine Vorsprünge der Beckenknochen vorgetäuscht werden. Zur Vermeidung diagnostischer Irrtümer und richtiger Deutung der Röntgenbilder bedient sich Beck seit 6 Jahren stereoskopischer Bilder an Stelle der Einzelaufnahmen und empfiehlt warm sein Verfahren. Die Methode besteht darin, daß er 2 getrennte Aufnahmen von der gleichen Körperregion von zwei verschiedenen Punkten aus macht, ohne die Lage des Patienten zwischen den Aufnahmen zu ändern. Die entwickelten Platten werden Seit zu Seit placiert und durch ein Prismenpaar betrachtet. Die Nachteile der Einzelaufnahmen, Vergrößerung und Unschärfe des Schattens bei größerer Entfernung des Objekts von der Platte, die Deckung mehrerer Schattenbilder in 1 Bild, die Verzeichnung der Größe von Fremdkörpern, so daß sie bei Schrägaufnahme nicht lang, sondern punktförmig erscheinen, werden durch die stereoskopische Aufnahme behoben. Sie gibt nach Beck ein wahres optisches Bild wieder. Das Bild müsse natürlich in der gleichen Lage, in welcher es aufgenommen sei, betrachtet werden. Verf. illustriert den stereoskopischen Bildeffekt an amerikanischen Halbdollarstücken und an einem Blasenstein. *Gebele* (München).CH

Pyélographie et injection du rein à l'argent colloïdal. (Pyelographie und „Einspritzung" von Kollargol in die Niere.) Semaine méd. Jg. **33**, Nr. 38, S. 446—447. 1913.

Verf. weist auf eine Anzahl in der Literatur bekannter Fälle hin, in denen das Einspritzen von Kollargol in das Nierenbecken zum Zweck der Pyelographie von üblen Folgen begleitet war. Das Nierenbecken faßt 2—4, nach anderen 7—10 ccm; wird nun unter zu hohem Druck eingespritzt, so tritt die Flüssigkeit in das Nierengewebe und unter die Nierenkapsel, wie das bei einigen der genannten Fälle durch die Autopsie in vivo festgestellt werden konnte. Dies zu vermeiden soll das Kollargol nicht mit einer Spritze eingespritzt werden, sondern aus einem Irrigator, der sich 60 cm über Tischhöhe befindet, einlaufen. Er empfiehlt zum Gebrauch den von G. J. Thomas angegebenen Apparat. (Ref. in dieser Zeitschrift Bd. I, H. 5.) *Kotzenberg* (Hamburg).CH

Geraghty, J. T., and L. G. Rowntree: The value and limitations functional renal tests. (Wert und Grenzen der funktionellen Untersuchungsmethoden der Nieren.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61,** Nr. 12, S. 939—943. 1913.

Mamma:

Krompecher, E.: Über Schweißdrüsencysten der Brustdrüse und deren Krebse. Verhandl. d. Dtsch. pathol. Ges. 16. Tag., Marburg, 31. III.—2. IV. 1913, S. 365 bis 384. 1913.

Krompecher ist durch jahrelange Untersuchungen der häufig beobachteten und beschriebenen kleinen Mammacysten, die mit sog. „blassem Epithel" ausgekleidet und häufig mit spindeligen Muskelzellen umgeben sind, zu der Überzeugung gekommen, daß es sich um versprengte Schweißdrüsencysten handelt. Auf Grund der histologischen Ähnlichkeit ist schon von Saar ein möglicher Zusammenhang früher vermutet worden. Die Cystenbildungen sind hypertrophischer Natur und nur dann als Carcinom zu bezeichnen, wenn die Zellen ausgesprochenen Polymorphismus aufweisen.

Kleinschmidt (Leipzig).CH

MacCarty, William Carpenter: The histogenesis of cancer (carcinoma) of the breast and its clinical significance. (Die Histogenese des Brustkrebses und ihre klinische Bedeutung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 4, S. 441—459. 1913.

Nach einem Hinweis auf die vielfach unklare und verworrene Nomenklatur der Brusterkrankungen — es werden über 150 verschiedene Krankheitsnamen aufgeführt — berichtet Verf. über seine eigenen Untersuchungen, die an 1000 menschlichen Brüsten vorgenommen wurden, die wegen der verschiedensten Erkrankungen an der Mayoschen Klinik entfernt worden waren. Auf Grund der embryologischen Tatsachen und eingehendster histogenetischer Untersuchungen — 68 Abbildungen von Mikrophotogrammen — kommt der Verf. zum Schlusse, daß die verschiedenen chronisch entzündlichen Tumoren der Brustdrüse ebenso wie die echten Neubildungen derselben lediglich als Hyperplasien zu betrachten sind. Diese sind entweder primäre, wenn sowohl die epithelialen wie die aus dem Stratum germinativum stammenden Zellen vermehrt sind, oder sekundäre, wenn lediglich die Zellen des Stratum germinativum hyperplastisch sind oder endlich tertiäre, wenn diese letzteren Zellen Migration und extraacinäre Wucherung zeigen. Demzufolge erscheinen die Übergänge zwischen gut- und bösartigen Tumoren histogenetisch schwer zu trennen. Die möglichst radikale Entfernung der klinisch gutartigen Tumoren ist daher angezeigt, zumal nach der Hypothese des Verf. die Malignität einzig und allein durch gesteigerte Aktivität der Zellen und mangelnde Resistenz des Organismus bedingt ist. *Strauß* (Nürnberg).CH

Strobell, C. W.: Cancer of the breast. A further consideration of its chemic extirpation. (Brustkrebs. Weitere Betrachtung seiner chemischen Exstirpation.) Americ. journal of surg. Bd. **27,** Nr. 10, S. 367—369. 1913.

Strobell hat im Amer. Journ. of surgery, Nov. 1912 von 7 Fällen berichtet, die, Mammacarcinome, mit seiner Methode, der von ihm sog. „chemischen Exstirpation" behandelt sind. Worin diese Methode besteht, geht aus dem neuen hier referierten Artikel nicht hervor. Er hebt in ihm die Vorteile seiner chemischen Exstirpation gegenüber der Radikaloperation hervor und stellt am Schluß zwei Patientinnen einander gegenüber mit ungefähr gleichem Befund (Brustkrebs) mit gleicher Vorbehandlung (Röntgenbestrahlung), von denen die eine mit chemischer Exstirpation, die andere mit der Amputatio mammae behandelt worden ist. Die erste ist noch jetzt nach 6 Jahren rezidivfrei, die andere nach $^3/_4$ Jahren am Rezidiv gestorben.

Hirschmann (Berlin).CH

Tansini, Iginio: Sul mio processo d'amputazione della mammella per cancro. (Meine Methode der Mammaamputation wegen Carcinoms.) (*I. clin. chirurg., univ., Pavia.*) Rif. med. Jg. **29,** Nr. 43, S. 1177—1178. 1913.

Hinweis auf die Häufigkeit der Hautrezidive nach Brustamputationen wegen Carcinoms. Verf. empfiehlt daher weitgehende Excision der Haut über der erkrankten

Mamma und Ersatz durch einen gestielten Hautmuskellappen vom Rücken, der gleichzeitig die Narbenverschrumpfung in der ausgeräumten Axilla unmöglich mache.
Strauß (Nürnberg).[CH]

Pasquier, A.: L'hypertrophie mammaire. (Hypertrophie der Mamma.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31**, Nr. 6, S. 101—106. 1913.

Unter Mammahypertrophie versteht man eine bestimmte Krankheit, welche in einer häufig unter Allgemeinstörungen in kurzer Zeit sich vollziehenden Hyperplasie des Drüsenkörpers und des Bindegewebes der Brust besteht. Bestimmend für das Auftreten der Krankheit sind die Zeitpunkte, in denen die Brustdrüse an sich schon weitgehende physiologische Umwälzungen erfährt, die Geburt, die Pubertät und die Schwangerschaft. Gelegentlich ist die Entstehung akut, meistens schleichend. Die Haut bleibt über dem fast ins Riesenhafte gewachsenen und derb sich anfühlenden Drüsenkörper normal, die Brustwarze verstreicht allmählich. Solche Brüste können bis 48 kg Gewicht erreichen und bis zu den Knien herabhängen. Meist ist die Größenentwicklung der beiden Mammae verschieden. Drüsenschwellungen werden vermißt, ebenso Schmerzen. Bettlägerigkeit, Kyphose, Dyspnöe, Amenorrhöe, Verdauungsstörungen und allgemeine Kachexie sind oft Begleiterscheinungen der Krankheit. Die einzige zum Ziele führende Therapie ist die Ablatio mammae, die von Rezidiven nicht gefolgt ist. In die bisher unbekannte Genese der Krankheit ist durch das Studium der inneren Sekretion des Ovariums neues Licht gekommen. Gelegentlich hat man histologisch nachweisbare Veränderungen im Ovarium gefunden. Zum Schluß weist Verf. auf die Heredität der Erkrankung hin. *Carl* (Königsberg).[CH]

Geburtshilfe.

Schwangerschaft:

Péterfi, Tiberius: Beiträge zur Histologie des Amnions und zur Entstehung der fibrillären Strukturen. (*I. anat. Inst., Univ. Budapest.*) Anat. Anz. Bd. **45**, Nr. 7, S. 161—173. 1913.

Untersuchung der Amnien von 3—8 Tage alten Hühnerembryonen mit den verschiedensten Färbemethoden. Eingehende mikroskopische Beschreibung der Entstehung des Fibrillennetzes, das der Autor als einen ständigen und charakteristischen Bestandteil des Amnions nachweist, innerhalb des Amnionepithels selbst durch Vakuolisation des Zelleibes, Auftreten einer haptogenmembranartigen Grenzschicht um diese Vakuolen und Umbildung dieser Grenzschicht zu Fibrillen gleichzeitig mit der Größenzunahme der Vakuolen. Die genaueren histologischen Details sind in der Originalarbeit nachzulesen. Die Entstehung dieser Zellstrukturen ist nach der Ansicht des Verfassers vielleicht viel einfacher und viel begreiflicher durch Zuhilfenahme physikalisch-chemischer Begriffe zu erklären als mit rein morphologischen und leider zu oft metamikroskopischen Hypothesen. *Moraller* (Berlin).

Lafon, G.: Sur le passage de la sécrétion interne du pancréas du foetus à la mère. (Übergang des inneren Pankreassekrets des Foetus auf die Mutter.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. Bd. **75**, Nr. 29, S. 266 bis 268. 1913.

Verf. hat in einem Versuch die Angabe von Carlson und Drennau (Amer. Journ. of Physiol. **28**, 1911) nachgeprüft, wonach Pankreasexstirpation bei Hündinnen am Ende der Schwangerschaft keine Glykosurie hervorruft. Bei der 4 Tage vor dem Werfen operierten Hündin konnte Glykosurie erst nachgewiesen werden, nachdem alle Jungen geworfen waren. Nach dem Ausfall dieses Versuches hält es Verf. für wahrscheinlich, daß das innere Pankreassekret der Föten in das Blut der Mutter übertritt; doch ist auch die Möglichkeit zu berücksichtigen, daß das Fehlen der Glykosurie durch eine besondere Funktion der Placenta oder Zuckerretention durch die Gewebe des Foetus bedingt sein könnte. *Salle* (Berlin).[*]

Labbé, Alphonse: La réaction d'Abderhalden. L'œuf humain et le cancer. (Die Abderhaldensche Reaktion. Das menschliche Ei und der Krebs.) Gaz. méd. de Nantes Jg. **31**, Nr. 24, S. 461—468. 1913.

Angabe der bekannten Technik. — Gegen die Antigene des fötalen Trophodermes (Haftzotten) bildet das mütterliche Ei diastatische Fermente. Aber auch Serum Krebskranker zerstört die krebsartigen Gewebe nach der Abderhaldenschen Reaktion. Dagegen Freund und Kaminer: Krebskrankenserum schützt die Krebszelle durch Bildung eines Nucleoalbumins; eine in dem gesunden Gewebe sonst enthaltene, die krebsigen Elemente auflösende Fettsäure verschwindet aus Leber und anderen Organen der Krebskranken (Leyden, Bergell, Billard). Erklärung des Widerspruches: Abderhalden verwendet durch Hitze getötete Gewebe, jene Autoren lebendige Zellen, die durch Krebsserum nicht zerstört werden. — Gegen die mütterlichen diastatischen Elemente bildet der kindliche Organismus eine Antikinase. Überwiegt diese dem Schutz der Chorionelemente gewidmete Bildung, so kann sich Carcinom der Placenta entwickeln. *Mohr* (Berlin).

Naumann: Experimentelle Beiträge zum Schwangerschaftsnachweis mittels des Dialysierverfahrens nach Abderhalden. (*Tierärztl. Hochsch., Dresden.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 43, S. 2086—2088. 1913.

Prüfung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens zum Schwangerschaftsnachweis an 15 trächtigen und 11 nichtträchtigen Kühen. Eingehende Beschreibung der Gewinnung des Serums, der Darstellung der koagulierten Placenta und der sorgfältigen Prüfung der Dialysierschläuche vor ihrer Verwendung hinsichtlich ihrer Durchlässigkeit für Eiweiß und Eiweißabbauprodukte. Unter den 15 trächtigen Fällen versagte die Reaktion, die stets mit mindestens 2 ccm Serum angesetzt werden soll, einmal, in 2 Fällen reagierte das Serum positiv, obwohl die Kühe bereits gekalbt hatten. Auch bei der Frau ist bekanntlich die Reaktion in den ersten 14 Tagen post partum positiv. Auffallend ist die späte Reaktion in einem Fall, in welchem die betreffende Kuh vor 4 Wochen gekalbt hatte. Unter 11 nichtträchtigen Kühen waren 2 Fälle mit zweifelhafter und 2 mit fehlerhafter Reaktion.

Die Ninhydrinprobe erweist sich dabei weit wertvoller als die Biuretprobe. Fehlerhaft positive Reaktionen kommen öfter vor als fehlerhaft negative. Wahrscheinliche Ursache derselben: Hämolyse im Serum. Beim Arbeiten mit kleinen Serummengen kann diese Hämolyse mit der heute üblichen Methode der Revision des Serums nicht festgestellt werden. *Moraller* (Berlin).

Braude, J.: Die Durchgängigkeit des Cervicalkanals und des Muttermundes am Ende der Schwangerschaft. (*Priv.-Frauenklin. v. Strassmann, Berlin.*) Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37**, Nr. 47, S. 1709—1713. 1913.

Braude glaubte aus der Durchgängigkeit des Cervicalkanals bei Erstgebärenden am Ende der Gravidität, auf eine unmittelbar bevorstehende Geburt schließen zu können und untersuchte daraufhin 180 I-par. im 9.—10. Schwangerschaftsmonat. Bei 46 Frauen wurde der Cervicalkanal offen gefunden. Von diesen letzten stand bei 20 Frauen der Cervicalkanal noch 5—15 Tage, bei 9 Frauen 16—25 Tage offen. Unter 263 I-paren im 8.—9. Monat wurde das Offensein des Cervicalkanals 28 mal beobachtet. Von diesen letzten war bei 10 Frauen der Cervicalkanal noch 5—15 Tage, bei 5 Frauen 16—25 Tage, bei 5 Frauen 26—45 Tage und bei 3 Frauen 46 bis 64 Tage offen. Von 134 I-paren im 7.—8. Monat war der Cervicalkanal bei 4 Frauen offen, und bei allen diesen blieb er noch 17—65 Tage offen. Die Untersuchungen zeigen deutlich, daß die Durchgängigkeit des Cervicalkanals resp. Muttermunds kein sicheres Zeichen der unmittelbar bevorstehenden Geburt auch bei Erstgebärenden ist. *Wiemer* (Herne).

Sterling, Alexander: Supplementary or accessory placenta. Report of a case. (Placenta succenturiata oder accessoria. Kasuistische Mitteilung.) New York med. journal Bd. **98**, Nr. 19, S. 920. 1913.

Am 11. Tage nach einer normalen Geburt ging bei einer Patientin per vaginam ein Blutklumpen ab etwa von der Größe einer 3 Monate alten Fehlgeburt. Die genauere Untersuchung zeigte, daß es sich um ein Stück Placenta, jedenfalls Placenta succenturiata handelte. *Wiemer.*

Daverne: Grossesse angulaire. (Nebenhornschwangerschaft.) Année méd. de Caen Jg. **38**, Nr. 11, S. 534—536 1913.

28 jährige III Gravida. 1 normale Geburt und 1 Abort von 6 Wochen. Jetzt Schwangerschaft von ca. $4^1/_2$ Monat. Rechts vom Uterus eine weiche Masse, die nach Verlauf der Ligg. rot. und gleichsinniger Kontraktion mit median gelegenem Uterus als Gravidität im Uterushorn diagnostiziert wird. Bei exspektativem Verhalten kommt es 12 Tage später zum Abort, toter

Foetus spontan geboren; da Placenta nicht folgt, nach 1 Stunde Austastung des Uterus. Uterushöhle leer, längs der Nabelschnur kommt der Finger an eine für den Finger etwa durchgängige Öffnung, welche in das schwangere Horn führt, aus welcher sich die Placenta leicht entfernen läßt. Wochenbett fieberfrei. *Vaßmer* (Hannover).

Geburt:

Oui: Rigidité du col chez une syphilitique. Opération césarienne vaginale. Mort. (Rigidität des Collum bei einer Syphilitischen. Vaginaler Kaiserschnitt. Exitus.) Semaine gynécol. Jg. **18,** Nr. 41, S. 325—326. 1913.

Kasuistischer Beitrag. Inhalt aus dem Titel ersichtlich. *Engelhorn* (Erlangen).

Tuley, Henry Enos: Rnpture of the symphysis pubis in labor. (Ruptur der Symphyse unter der Geburt.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 5, S. 852—860. 1913.

Die Zange bzw. ihre falsche Applikation — zu großer Kopf, falsche Zugrichtung — ist die häufigste Ursache der Symphysenruptur. So auch in dem von Tuley beobachteten Falle, wo zunächst eine Stunde lang bei einer hinteren Hinterhauptslage vergeblich an der Zange gezogen worden war. Die Schambeine klafften um $2^1/_2$ Zoll; einfacher Heftpflasterverband führte zu dessen Heilung. *Hannes* (Breslau).

Jahnel, Franz: Ein Beitrag zur Kenntnis der geistigen Störungen bei der Eklampsie. Arch. f. Psychiatr, u. Nervenkrankh. Bd. **52,** H. 3, S. 1095—1115. 1913.

Psychische Störungen sind bei Eklampsie nicht selten (6% aller Eklampsiefälle). Jahnel bringt einen ausführlichen Bericht über 2 einschlägige Fälle.

In dem ersten Falle traten bei einem bis dahin stets gesunden Mädchen nach dem Partus mehrere eklamptische Anfälle auf, die von einem soporösen Zustande gefolgt sind. Nach kurzer Klarheit kommt es zum Ausbruche eines halluzinatorischen Deliriums von 2tägiger Dauer, das von Tierhalluzinationen und Halluzination von kleinen sich bewegenden Gegenständen begleitet ist; dabei besteht Angsteffekt und erschwerte Auffassungsfähigkeit. Nach einem durch eine Hyoscininjektion bewirkten Schlafe erwacht die Patientin vollständig klar, jedoch besteht Amnesie, die sich bis auf die Zeit vor der Geburt erstreckt. — Im 2. Falle setzten bei einer 25jährigen Erstgebärenden bei Wehenbeginn schwere eklamptische Anfälle ein, welche post partum sistieren. 3 Tage später tritt ein ängstlicher Erregungszustand mit Sinnestäuschungen in Erscheinung, der allmählich an Intensität zunimmt und auf seiner Höhe das Bild der Verwirrtheit und ängstlicher Stimmung mit starker motorischer Unruhe zeigt. Die Erregung klingt allmählich wieder ab und schwindet nach 12tägiger Dauer gänzlich. Es bestehen auch in diesem Falle Erinnerungsdefekte, jedoch nicht so ausgesprochen wie im ersten Falle.

Die eklamptischen Delirien zeigen mancherlei Ähnlichkeit mit den alkoholischen, unterscheiden sich jedoch von diesen durch das Fehlen einer ausgesprochenen Suggestibilität für Halluzinationen und eines eigentlichen Beschäftigungsdelirs. Charakteristisch für eklamptische Psychosen ist die retrograde Amnesie, die nach der Ansicht der meisten Autoren durch eine infolge des Krankheitsprozesses (Hirnödem, Hydrocephalus, Hirnblutungen) verursachte allgemeine Herabsetzung aller geistigen Funktionen bedingt ist. Die eklamptischen Psychosen treten gewöhnlich in zwei Formen auf, kurzes soporöses Stadium ohne stärkere Erregung und Verwirrtheit, oder die in den beiden Fällen beschriebene Form. Fieber besteht hierbei häufig, kann aber auch fehlen. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht epileptische, alkoholische und die sonstigen Formen der Puerperalpsychosen. Als Unterschied gegen epileptische Psychosen wird das Fehlen von Aggressivität angeführt, gegen alkoholische Psychosen die Anamnese und das Fehlen einer ausgesprochenen Suggestibilität für Halluzinationen; zur Unterscheidung gegen gewöhnliche Puerperalpsychosen ist der Nachweis der vorhergegangenen Eklampsien (Krämpfe, Nierenaffektion) von Bedeutung. Die Therapie fällt mit der der Eklampsie zusammen. *Köhler* (Wien).

Foetus und Neugeborenes:

Pauli: Säuglingsfürsorge in Lübeck. Zeitschr. f. Säuglingsschutz Jg. 5, H. 10, S. 399—406. 1913.

In Lübeck bestehen ab 1. VII. 1911 zwei Säuglingsfürsorgestellen unter ärztlicher

Leitung, denen ab 1. I. 1912 eine dritte hinzugefügt wurde. In den 3 Beratungsstellen wird je einmal wöchentlich Rat erteilt in bezug auf Wartung und Ernährung. Der Besuch steht allen Kindern im 1. und 2. Lebensjahre frei, ist obligatorisch für alle Kostkinder. Verf. kommt zum Schluß, daß das Bestehen der Fürsorgeeinrichtungen einen günstigen Einfluß auf die Sterblichkeit der Säuglinge in Lübeck gehabt habe. Übersicht der gesamten in Lübeck eingerichteten Fürsorgeeinrichtungen: 1. Staatliche Fürsorge. 2. Ärztliche Überwachung aller Unehelichen in den Fürsorgestellen. 3. Überwachung der Pflegestellen durch die Schwestern. 4. Aufsuchen aller Unehelichen bald nach der Geburt, ermöglicht durch Meldung jeder Geburt durch die Hebammen direkt an die Schwestern. 5. Merkblätter an alle Mütter, gegeben bei Anmeldung jeder Geburt auf dem Standesamt, mit Hinweis auf die Fürsorgestellen. 6. Inniges Zusammenarbeiten der Fürsorgeärzte und des Jugendamtes, welches die Interessen der unehelichen Kinder vertritt. *Thomas* (Charlottenburg).[K]

Marois, R.: Les consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1912. (Säuglingspflege im Departement de l'Yonne im Jahre 1912.) Rev. philanthrop. Bd. **33**, Nr. 198, S. 684—696. 1913.

Aus dem Bericht geht hervor, daß mit den bekannten Einrichtungen wie Krippen, Milchküchen, Mütterberatungsstellen usw. und im Erfolge das Departement de l'Yonne an der Spitze marschiert. *Wiemer* (Herne).

Grenzgebiete.

Gerichtliche Medizin:

Welsch, H., et J. Voncken: A propos de l'infanticide par omission recherches sur la mort tardive dans l'asphyxie. (Zur Kindestötung durch Vernachlässigung. Untersuchungen über Spättod bei Asphyxie.) (*Inst. méd. lég., univ., Liège.*) Arch. internat. de méd. lég. Bd. **4**, Nr. 2, S. 180—187. 1913.

Vor einiger Zeit wurde von Corin (Lüttich) ein gerichtliches Gutachten veröffentlicht, nach dem ein lebendgeborenes Kind, das nach einiger Zeit stirbt und bei dem die Sektion einen Erstickungstod feststellt, nicht absolut durch einen kriminellen Eingriff getötet sein muß. Corin nahm an, daß das Respirationszentrum durch eine intrauterine Asphyxie derart geschädigt sei, daß das Kind trotz neuerlicher Sauerstoffzufuhr doch noch sterbe. Die Verff. versuchten nun die Richtigkeit dieser Tatsache experimentell zu erhärten, und in der Tat gelang es ihnen, künstlich asphyktisch gemachte Meerschweinchen sich wieder völlig erholen zu lassen, jedoch starben sie nach etwa einer Viertelstunde, die Sektion ergab den typischen Befund der Asphyxie. So erklären sich auch zwanglos jene Fälle, wo Neugeborene an intrauteriner Asphyxie gestorben sind und doch, nach dem Sektionsbefunde, geatmet haben. Man kann diese größtenteils darauf zurückführen, daß das Kind außerhalb des Mutterleibes doch noch ein paarmal geatmet hatte. *Seige* (Partenkirchen).

Soziales. Statistik:

Pilsky, Über die Frage des Rückgangs der Geburten in Preußen. Fortschr. d. Med. Jg. **31**, Nr. 46, S. 1261—1267. 1913.

Die Ursachen für den Rückgang der Geburten in Preußen sind nicht in einer Tatsache zu suchen, sie liegen in einer ganzen Reihe von Faktoren. Eine Beschränkung der Zeugungsfähigkeit beim Manne liegt nicht vor, die Gebärfähigkeit der Frau ist aber durch Syphilis und Gonorrhöe wesentlich beeinträchtigt. Alle Bevölkerungsschichten legen sich in der Zeugung eine Beschränkung auf. In jedem Stande und Berufe ist eine gewollte Beschränkung der Kinderzahl üblich. Soziale Ursachen, die fortschreitende Teuerung, der erschwerte Kampf ums Dasein, die Genuß- und Vergnügungssucht sind es, welche die Hauptrolle bei der Geburtsabnahme spielen; antikonzeptionelle Mittel und Abtreibung (50% aller Schwangerschaften werden in Großstädten abgetrieben)

haben natürlich auch einen enormen Einfluß. Durch staatliche Maßnahmen ist [illegible] nichts zu erreichen sein. *Klein* (Straßburg [illegible]).

Mayer, Moritz: Landwirtschaftliche Erntearbeiten und Fehlgeburten. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. **19**, Nr. 18, S. 378—380. 1913.

5 Fälle von Fehlgeburten, deren Ursachen nur auf zu schwere landwirtschaftliche Erntearbeiten zurückzuführen waren. Vorschläge zur Verhütung solcher in Art der [illegible] begründeter Ereignisse. *Stähler* [illegible].

Tussenbroek, Catharine van: Der Einfluß der Schwangerschaft und des Wochenbettes auf die Sterblichkeit der weiblichen Bevölkerung an Tuberkulose. Arch. f. Gynaekol. Bd. **101**, H. 1, S. 84—99. 1913.

Verf. fand in Amsterdam die Sterblichkeit an Tuberkulose im ersten Halbjahr nach der Niederkunft vermehrt, im zweiten Halbjahr vermindert, so daß Vermehrung und Verminderung einander aufheben. Endergebnis: Die Sterblichkeit an Tuberkulose ist in dem Jahre nach der Niederkunft gleich der allgemeinen Sterblichkeit an Tuberkulose bei geschlechtsreifen Frauen. Es fehlte in der Sterblichkeitskurve der Frauen (für Amsterdam und die Niederlande) die scharfe Senkung nach dem geschlechtsreifen Alter, die von einer Mehrsterblichkeit im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Wochenbett die Folge hätte sein müssen. Für Amsterdam ergab sich eine verhältnismäßig geringe Mehrsterblichkeit der verheirateten Frauen, die noch zum Teil anderen Ursachen als dem Fortpflanzungsprozeß zugeschrieben werden muß. Die herrschende Meinung, daß die Sterblichkeit an Tuberkulose in bedeutendem Maße durch Schwangerschaft und Wochenbett erhöht würde, ist also durch die Untersuchungen der Verf. keineswegs bestätigt worden, und eine allgemeine Anweisung für das Unterbrechen der Schwangerschaft bei Tuberkulose findet in diesen Ziffern keine Unterstützung. In dieser Hinsicht schließt Verf. sich ganz Weinberg an. *Runge* (Berlin).

Hirsch, Max: Über die rassenhygienische Indikation in der gynaekologischen Praxis. Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Gynaekologie und Rassenhygiene. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, S. 561—583. 1913.

Verf. vertritt den Standpunkt, daß auch der Arzt sein Teil dazu beitragen könne, die Forderungen der Eugenik zu verwirklichen. Bei verschiedenen Erkrankungen, die erfahrungsgemäß sehr häufig vererbt werden, sei die Verhinderung der Konzeption, bzw. die künstliche Sterilisation zu fordern. Zu diesen Erkrankungen rechnet er Epilepsie, chronische Geisteskrankheiten, Imbezillität, chronischen Alkoholismus und Morphinismus, Hysterie, Neurasthenie und moralischen Schwachsinn in ihren schwersten Formen, schwere Fälle von Chorea, gewisse Arten von Tuberkulose und Morbus Basedowii, Lues, bösartige Anämien und Hämophilie. Mit Beziehung auf statistische Zusammenstellung wird die Forderung, die Fortpflanzung zur Verhütung eines minderwertigen Nachwuchses bei den genannten Krankheiten zu verhindern, eingehend begründet und auch die juristische Seite berührt. *v. Tappeiner* (Greifswald).

Singer, H. Douglas: The sterilization of the insane, criminal and delinquent. (Die Sterilisierung der Geisteskranken, Kriminellen und Delinquenten.) Illinois med. journal Bd. **23**, Nr. 5, S. 480—485. 1913.

Verf. erkennt wohl einen gewissen Wert des Gesetzes der Sterilisation an, meint aber, daß seine jetzigen Bestimmungen noch nicht das erreichen, was man davon erhofft. An zwei Beispielen von Geisteskranken erläutert er dies. Ein Mensch mit Dementia praecox setzt erfahrungsgemäß wenig Kinder in die Welt und wird, da sein Leiden für unheilbar gilt nach der Gesetzesvorschrift sterilisiert und bleibt meistens in Anstalten, hingegen ein Kranker mit manisch-depressivem Irresein, einem Leiden, das oft genug in Heilung übergeht, wenn auch nur oft genug in temporäre, wird nicht sterilisiert, sondern pflegt meistens wieder entlassen zu werden und Kinder in die Welt zu setzen. Ebenso wird das Gesetz nicht auf alle Geistesschwachen ausgedehnt, sondern nur auf solche, die nicht imstande sind, für sich selbst zu sorgen. Geistesschwache pflegen aber zumeist wieder minderwertige Kinder zu erzeugen. *Buschan* (Stettin).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.
Band III, Heft 16 S. 673—720

Referate.

Allgemeines.

Allgemeine Physiologie und Pathologie:

Oertel, Christian: Ein Fall von Pseudoatresie der Scheide und Uterus bei persistierender Kloake und Uterus duplex cum vagina duplici septa. (*Univ.-Frauenkl., Würzburg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1, S. 137 bis 148. 1913.

Genauere Beschreibung der oben bezeichneten Mißbildung, 3 Abbildungen. *Bretz.*

Broek, A. I. P. van den: Verdoppelung der äußeren Genitalien und Spaltbecken, aufgefaßt als Duplicitas posterior. Ned. Tijdschr. v. voor verlosk. en gyn. Jg. **23**, Nr. 2, S. 132—154. 1913. (Holländisch.)

Ausführliche Rekapitulation des von Gemmell und Paterson im Journ. of Obstetrics 1913 beschriebenen Falles, dem sich analoge von Kouwer, Litzmann, Waldstein, Bonnet und drei von Vrolik anschließen. Wie der Titel besagt, faßt Broek alle diese Fälle, bei denen sich das Spaltbecken mit mehr oder weniger ausgesprochener Verdoppelung der Genitalien, Ektopia vesicae u. a., paart sonach als Doppelmißbildungen auf (Dipygus dipus) und ermahnt, in der Folge auf derartige Koinzidenzen zu achten. *Stratz.*

Stratz, C. H.: Falsche Diagnose bei einer selteneren Mißbildung der inneren Genitalien. (Fehlen des linken Ovariums, Cyste des rechten Ovariums und multiple Cysten im Parametrium.) Frauenarzt Jg. 28, H. 8, S. 347—348. 1913.

23jähriges Mädchen klagt über profuse Blutungen und Schwierigkeiten beim Urinieren. Außer einer dicht hinter der Urethra gelegenen Vaginalcyste mit atheromatösem Inhalt wurde ein nach links dislozierter Uterus und ein von der Cervix nach rechts abgehender harter Körper gefühlt, dem sich das vergrößerte Ovarium anschloß. Es wurde die Diagnose auf Uterus duplex mit Atresie des rechten Hornes gestellt. Die Cyste wurde entfernt, der Uterus curettiert. Nach einigen Monaten wieder profuse Blutung. Bei der jetzt vorgenommenen Laparotomie wurde die in der Überschrift genannte Diagnose gestellt. *Liebich* (Braunschweig).

Zuloaga, P.: Die diagnostische Bedeutung der Metrorrhagien in der Menopause. Rev. sanit. de Jaen, Jg. **10**, Nr. 205. 1913. (Spanisch.)

Sorgfältige gynaekologische Untersuchung, wenn nötig unterstützt durch den mikroskopischen Befund, ist unbedingt zu fordern, wenn eine Frau an atypischen Blutungen leidet, namentlich nach Aufhören der Menses. *Schmid* (Prag).

● Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin red. v. L. v. Frankl-Hochwart, C. v. Noorden u. A. v. Strümpell. Bd. 2. Akute Infektionskrankheiten, Schwangerschaftstoxikosen, Eklampsie, Sepsis, Hautkrankheiten, Asthenie, Enteroptose, Metastasen der Tumoren, Nervenkrankheiten. Wien u. Leipzig: Alfred Hölder. 1913. XIX, 988 S. M. 22.40.

Eine genaue Besprechung des Bandes (988 Seiten) überschreitet den Rahmen eines Referates. In kürzeren Abschnitten sind die akuten Infektionskrankheiten in ihrem Einfluß auf die weiblichen Geschlechtsorgane und die Schwangerschaftstoxikosen behandelt. Unter letzteren ist die atypische (aneklamptische) Toxikose ausführlicher geschildert. Die Ausführung der typischen (eklamptischen) Toxikose bringt keine neuen Theorien hinsichtlich der Ätiologie. Besonders eingehende Behandlung erfahren die septischen Genitalerkrankungen (primäre und sekundäre): Bakteriologische Ab-

handlungen, Eintrittspforten der Keime, Ausbreitung und Formen der Infektion, Einwirkung auf den Stoffwechsel, Blutzusammensetzung, die anderen Organe. Kurz berücksichtigt sind auch die Schädigungen des Gesamtorganismus durch Störungen der Menstruation und des Fortpflanzungsvermögens bei septischen Infektionen und umgekehrt. Anatomischer Befund, Diagnose, Differentialdiagnose und Prognose sowie Therapie schließen das Kapitel. In ihren Erscheinungen und Beziehungen zum Gesamtorganismus geschildert folgt die asthenische Enteroptose, ferner die Hautkrankheiten. Von besonderem Interesse ist das Kapitel über Metastasen in den weiblichen Geschlechtsorganen und solche, die von Erkrankungen derselben ausgehen. Die Schilderung der Beziehungen zwischen Nervenleiden und dem weiblichen Genitale schließt den Band. *Mohr* (Berlin).

Salis, Hans v.: Erfolgreiche Adrenalinbehandlung bei rezidivierter Osteomalacie. (*Frauenspit. Basel Stadt.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 46, S. 2563 bis 2565. 1913.

Verf. erzielte bei einer Patientin, welche während dreier Schwangerschaften stets wieder rezidivierende osteomalacische Erscheinungen hatte, trotz Behandlung mit Phosphor und Ol. jecoris, bei der sich dann trotz doppelseitiger Kastration wieder schwere Osteomalacie einstellte, durch eine Adrenalinkur einen nachhaltigen Erfolg. Im ganzen wurden 3 Adrenalinkuren gemacht mit je 9 Injektionen von $^1/_2$ ccm einer 1‰ Adrenalinlösung. Bei im Verlaufe der Kur auftretenden Intoxikationserscheinungen ist eine Pause von 1 Monat erforderlich. *Drews* (Charlottenburg).

Schnell, F.: Die Behandlung der Osteomalacie in den letzten 15 Jahren 1898 bis 1912. Kritisches Sammelreferat. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 75, H. 1, S. 179—220. 1913.

Der Arbeit liegen 334 Fälle von Osteomalacie, aus der Literatur der letzten 15 Jahre gesammelt, zugrunde. Darunter finden sich behandelt mit Phosphor 37 (in der Hauptsache 56) Kastrationen 105 (+ 70), worunter 7 Rezidive, mit Adrenalin 36, Pituitrin 16, Antithyreoidin 1, Milch kastrierter Ziegen 2, röntgenologisch 6 Fälle.

Die Forschungen der letzten Jahre haben die ätiologische Auffassung freigemacht von der Überfunktion der Ovarien, sondern dafür den Begriff der Stoffwechselveränderungen durch die Funktion der Blutdrüsen gebracht. Freilich ist noch nicht einmal der physiologische Zusammenhang der Hormone im Chemismus geklärt, weshalb auch noch kaum eine zuverlässige Methode in der Behandlung der Osteomalacie gefunden ist. Am wenigsten Mißerfolge bietet die Kastration, welche der Therapie mit Hormonen (Adrenalin, Pituitrin usw.) weit überlegen ist. *Grünbaum* (Nürnberg).

● **Ehrlich, P., und A. Lazarus: Die Anämie. Abt. 2: Klinik der Anämieen von A. Lazarus. 2. verm. u. umgearb. Aufl.** Wien u. Leipzig: Alfred Hölder 1913. VIII, 256 S., 2 Taf. u. 3 Kurv. M. 7.60.

Von dem reichhaltigen Inhalt der Abhandlung können hier nur einige Andeutungen gemacht werden. — Die häufigste Einteilung der Anämien in primäre und sekundäre wird abgelehnt. Praktisch habe sich am besten bewiesen Gruppierung in: 1. einfache Anämie (Unterteilung in akute posthämorrhagische Anämie, einfache chronische Anämie, Chlorose); 2. progressive perniziöse Anämie. Für den Gynaekologen sind die verschiedenen Grade der Gruppe 1 geläufig durch häufigeres Auftreten im Anschluß an Abort und Puerperium, Tubengravidität und Uteruserkrankungen mit Metrorrhagien. — Ausführlich werden geschildert die neuesten Forschungsergebnisse über Veränderungen des Blutes und der blutbildenden Organe, über Hydrämie, Veränderungen in Blutkörperchenzahl und Hämoglobinwert, das morphologische Verhalten der Blutzellen, Knochenmarksbefunde, Organveränderungen usw. — Die zuerst von Biermer als progressive, perniziöse Anämie geschilderte Krankheit wird als zweite Hauptgruppe für sich behandelt, weil klinisches Gesamtbild und morphologisches Blutbild diese Form besonders hervorheben, durch die megaloblastische Reaktionsweise des Knochenmarks und erhöhten Zerfall des Blutgewebes. Die progressive, perniziöse Anämie sei zwar nicht als einheitliche, primäre Erkrankung aufzufassen, sondern könne aus mannigfaltigsten, zum großen Teil noch unbekannten

Ursachen zustandekommen. Aber trotzdem halten die Verff. die Abtrennung als besondere Gruppe mit demselben Rechte für geboten, mit dem der Anatom trotz Zwischenformen Adenom und Carcinom trennt. *Stähler* (Siegen).

Weil, P. Émile: Le traitement des hémorragies génitales de la femme par les sérums sanguins. (Die Behandlung der Genitalblutungen mit Blutserum.) Journal de méd. interne Jg. **17,** Nr. 28, S. 271—274. 1913.

Weil kam auf den Gedanken, die Blutungen bei Hämophilen durch Injektion von frischem Blutserum zu stillen. Er hat dann dieses Mittel bei Meno- und Metrorrhagien aller Art versucht. Er bedient sich frischen Pferdeserums, und zwar für gewöhnlich in Dosen von 20—30 ccm subcutan oder intramuskulär, nur selten intravenös. Per os ist die Wirkung Null, etwas besser per rectum. Auch vaginale oder intrauterine Applikation kann von Nutzen sein. Neben dieser Serumbehandlung ist aber die Organtherapie noch angezeigt, und zwar hauptsächlich die Anwendung von Thyreoid-, Mamma-, Hypophysen- und Nebennierenextrakten, ferner außerdem noch ev. Eisen oder Arsen. Unangenehme Folgen der Seruminjektionen sind ausgeschlossen. *Klein.*

Plantenga, P.: Das Radfahren. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Tweede helft. Jg. **1913,** Nr. 22, S. 1862—1872. 1913. (Holländisch.)

Verf. hat an sämtliche niederländischen Gynaekologen einen Fragebogen geschickt, ob das Radfahren während der Menstruation, während der Schwangerschaft und Lactation schädlich sei. Er erhielt 45 Antworten, die so verschieden waren, daß er daraus keine allgemein gültigen Regeln abzuleiten wagt. Radfahren während der Menstruation wird unter 43 Antworten 12 mal bestimmt, im ganzen 26 mal abgeraten, während 17 wenig einzuwenden haben. In der Schwangerschaft wird im allgemeinen das Radfahren vor dem dritten Monat abgeraten; ob es zu Abort Veranlassung gibt, darüber sind die Ansichten sehr geteilt. Die Mehrheit ist für Verbot des Radfahrens während der ganzen Schwangerschaft. Von bekannteren Lehrbüchern sprechen sich Treub, Ahlfeld, Bumm, Olshausen, Veit und Williams ebenfalls mehr oder weniger bestimmt gegen das Radfahren in der Schwangerschaft aus. In der Lactation wünschen die meisten eine Schonzeit bis zur sechsten bis achten Woche, nur wenige nur bis zur dritten Woche (Frühaufsteher), mehrere erst nach dem dritten Monate. Verf. kommt zu dem Schluß, daß wir noch sehr wenig vom Einfluß des Radelns auf die Beckenorgane wissenschaftlich festgestellt haben, und einstweilen sicherheitshalber das Radfahren während Menstruation und Schwangerschaft verbieten, in der Lactation mit individueller Auswahl erlauben müßten. *Stratz.*

Bakteriologie, Biologie, Biochemie und innere Sekretion:

Orlovius: Eine neue Flasche zur sterilen Aufbewahrung von Blut für bakteriologische Zwecke. (*Univ.-Frauenklin., Halle a. S.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 47, S. 2627. 1913.

Den in der Überschrift genannten Zweck erreicht der Verfasser dadurch, daß ein in einen Erlmeyerkolben eingeschliffener Glasstopfen (nach Art der gewöhnlichen Spritzflaschen) von einer kürzeren Luftröhre und einer längeren Flüssigkeitsröhre durchbohrt ist. Das Blut wird durch die letztere, die sonst durch eine auskochbare Gummikappe verschlossen wird, in die sterilisierte Flasche geleitet und kann sofort durch Schütteln mit Glasperlen defibriniert werden. Die Luft, die bei jedesmaliger Entnahme von Blut aus der Flasche durch die Luftröhre, ev. durch Gummigebläse, hereingeblasen werden muß, wird durch einen Wattepfropfen, der in einer Erweiterung am Ende dieser Röhre liegt, keimfrei gemacht. Zu weiterem Schutz ist an den Glasstopfen ein überfallender Mantel angeschmolzen, der Zwischenraum zwischen Mantel und Kolbenhals kann zur Vorsicht mit Paraffin ausgegossen werden. Die Flasche ist erhältlich bei Schoeps, Halle. *Herzog* (Leipzig).

Rueben, F.: Über das Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blute. Dissertation: Freiburg i. Br. 1913.

Drüg, W.: Die Koagulation des Blutes und ihre Verwertung in Geburtshilfe und Gynaekologie. Dissertation: Bonn 1913.

Luithlen, Friedrich: Über die Einwirkung parenteral eingeführter Kolloide und wiederholter Aderlässe auf die Durchlässigkeit der Gefäße. (*Pharmakol. Inst. Univ. Wien.*) Med. Klinik Jg. **9**, Nr. 42, S. 1713—1714. 1913.

Intravenös injiziertes Ferrocyannatrium (2 ccm 10%) kann bei Kaninchen bereits nach 2 Minuten, Jodnatrium (5 ccm 2%) bereits nach 1 Minute in künstlich gesetztem Bauchhöhlenexsudat wieder nachgewiesen werden. Werden die Tiere mit artfremdem oder artgleichem Serum, mit Gelatine, kolloidaler Kieselsäure oder wiederholten Blutentnahmen vorbehandelt, so tritt eine Verzögerung in der Nachweisbarkeit des intravenös injizierten Ferrocyannatriums und Jodnatriums auf. Die Vorbehandlung mit den genannten Stoffen, auch denen nicht eiweißartiger Natur, bewirkt ebenso wie auch die wiederholte Blutentnahme eine Herabsetzung der Durchlässigkeit der Gefäße. Im Gegensatz dazu ereignet sich nach parenteraler Zufuhr elektrolytischer Substanzen und von Salzsäure ein schnellerer und reichlicher Übertritt von Ferrocyannatrium und Jodnatrium; die Durchlässigkeit der Gefäße wird also erhöht. Die Autoserotherapie der exsudativen Prozesse, die Pathologie mancher Hautleiden, sowie die Erfolge der Aderlaßtherapie bei den verschiedensten entzündlichen und exsudativen Prozessen erhalten durch diese Befunde eine gute experimentelle Grundlage.

Alfred Lindemann (Berlin).

Houssay, B. A., und Berutti: Hypophyse als darmanregendes Mittel. Rev. de la soc. méd. Argentina Bd. **21**, Nr. 119, S. 245—261. 1913 (Spanisch).

Nach einem Vergleich ihrer experimentellen Erfahrungen und der Literaturberichte über Hypophysenextrakte und Hormonal halten die Verff. die Wirkung des ersteren für prompter, zuverlässiger, gleichmäßiger und harmloser als die des letzteren.

Michael (Leipzig).

Wulff, O.: Studien über die spontane Phagocytose. (*Statens Seruminstitut.*) Hospitalstidende Jg. 1913, Nr. **47**, S. 1381—1390. (Dänisch.)

Verf. hat durch Versuche mit Colibacillen und Staphykokken dargetan, daß die spontane Phagocytose denselben Gesetzen wie die normale Serumphagocytose folgt, und daß das Verhältnis zwischen der normalen Serumphagocytose und der spontanen Phagocytose unter wechselnden Versuchsbedingungen ein konstantes ist. Diese konstante Verhältniszahl läßt sich zum Ausmessen der phagocytierenden Fähigkeit des Serums verwenden.

Gammeltoft (Kopenhagen).

Allgemeine Therapie:

Dieterich, W.: Beitrag zur Röntgentherapie in der Gynaekologie. (*Städt. Krankenanst., Mannheim.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **21**, H. 2, S. 151 bis 153. 1913.

Instrumentarium: 50 cm-Induktor von Reiniger, Gebbert & Schall und Rekordunterbrecher, Bauers Qualimeter, Milliampèremeter (3—5 M. A.), Müller-Wasserkühlröhren mit Osmoferurregulierung. Technik: 3 mm Al. Filter, 3—4 Felder abdominal, 2—3 sakral, eventuell 1 vaginal. Dosis 2—15 x pro Feld. Fokus-Hautentfernung 20 cm. Bestrahlungstermine mit 3 wöchentlichen Pausen auseinanderliegend. Unterste Altersgrenze der Patientinnen 18 Jahre. Indikationen: Myome (2 Mißerfolge), prä- und postklimakterische Blutungen. Rezidivverhütungen nach Carcinomoperation. (3—4 mal 6 Felder mit 15—20 X.) Bei Frauen über 38 Jahre in 100% Erfolge im Sinne der Oligomenorrhöe und Amenorrhöe bei Anwendung der Freiburger Methode. Verkleinerung der Tumoren in 25%. Verf. glaubt die Wirkung der Strahlen auf direkte Beeinflussung der Ovarien zurückführen zu müssen. Verbrennungen niemals, öfter geringe Pigmentierung, einen Fall von Spätschädigung, der mit Leder gefiltert wurde. Dieser Fall ist veröffentlicht worden in den Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20, Heft 2.

Müller-Carioba (Freiburg i. B.).

Albers: Referat über die gynaekologische Tiefentherapie (Myome). Internat. med. Kongr., London, 6.—12. VIII. 1913. Mit einem Nachtrag über die Entwicklung der Hamburger Technik. Strahlentherapie Bd. **3**, H. 2, S. 408—428. 1913.

Nach einleitenden Worten über das Problem der therapeutischen Verwertbarkeit der charakteristischen Sekundärstrahlen der Metalle geht Vortragender auf die geschichtliche Entwicklung der gynaekologischen Tiefentherapie ein und betont vor allem die Wichtigkeit

des Zusammenarbeitens von Gynaekologen mit Röntgenologen. Die schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen auf männliche und weibliche Keimdrüsen ist durch Beobachtungen und Tierversuche bewiesen. Nicht alle Myome sind der Röntgenbestrahlung zugänglich, Indikationen und Kontraindikationen werden besprochen (speziell die von Albers-Schönberg, Menge und Krönig-Gauß), ein gewisser Prozentsatz von Myomen bleibt der Operation nach wie vor vorbehalten. Durch die Einwirkung der Strahlen auf die Myome wird Amenorrhöe bzw. Oligomennorrhöe und in der Mehrzahl der Fälle Schrumpfung bzw. Schwinden der Myome erzielt. Ursache der letzteren zu suchen in der Veränderung in den Ovarien (analog der Verkleinerung der Myome in der Klimax) und in elektiver Wirkung der Strahlen auf die Tumorzelle direkt, Besserung des Allgemeinbefindens nach Aufhören der Blutungen. Ausfallserscheinungen nur gelinde, namentlich bei langsamerer Überführung ins Klimakterium; die Ausfallserscheinungen sind ein günstiges Zeichen für den Erfolg der Bestrahlung. Röntgenrausch und Röntgenkater wurde nicht von allen Autoren beobachtet. Schädigungen der Haut sind heutzutage dank einer verbesserten Technik zu den Seltenheiten zu rechnen, über Spätschädigungen muß die Zukunft entscheiden. Vorsicht ist geboten wegen möglicher Schädigung anderer innerer Organe (Darm, blutbildende Organe). Kurz besprochen wird die Technik, speziell „Hambuger Richtung" und „Freiburger Richtung". Der Heilungsprozentsatz ist ein hoher (Vortragender verfügt über Dauerheilungen von 4—5 Jahren), neben „günstig beeinflußten" finden sich auch Myome, die sich refraktär verhalten. Im Nachtrag über die Entwicklung der Hamburger Technik lehnt Vortragender die Massendosierung bei Myomen und klimakterischen Blutungen nach wie vor ab, mehrstellige Bestrahlung (Kreuzfeuer) wird verworfen. Zwei Verfahren angewandt und zwar 1. langsames: an 4 aufeinanderfolgenden Tagen je 8 Minuten bestrahlt, dann 14 Tage Pause und so fort; 2. beschleunigtes: Bestrahlung vom Abdomen und durchs Kreuzbein zugleich oder hintereinander an 4 aufeinanderfolgenden Tagen je 8 Minuten durchs Abdomen und je 8 Minuten durchs Kreuzbein, 14 Tage Pause usf. Instrumentarium und spezielle Technik eingehend besprochen. *Lohfeldt* (Hamburg).

Alexandroff, F. A.: Behandlung der Fibromyome des Uterus mit Röntgenstrahlen. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynaekol. Jg. 28, Heft 11, S. 1517—1528. 1913. (Russisch.)

Anwendung der X-Strahlen in 15 Fällen von Fibromyoma uteri. Autor berichtet nun von 3 Fällen, in denen die Wirkung der Strahlen am deutlichsten war. Fall I: 47jährige Pat. Seit 10 Jahren 2—3 Wochen dauernde Menses. Fibroma multiplex. Bestrahlung. Stillstand der Blutung, bis auf ganz schwache Mensesblutungen. Verkleinerung des Tumors. Fall II: 40jährige Pat. Leibschmerzen, Menstrua profusa. Fibromyoma multiplex. Auf Bestrahlung nach 5—6 Monaten gar keine Blutung mehr, Ausfallserscheinungen gehen nach Scarifikation der Cervix zurück. Verkleinerung des Tumors. Fall III: 39jährige Pat. Leibschmerzen. Schwache Menses. Myom der Vorderwand, starkes Ödem der Cervix. Auf Bestrahlung verschwand nach $1^1/_2$ Monaten das Ödem, Tumor fester geworden. Keine Menses, wegen schwerer Ausfallserscheinungen Unterbrechung der Beobachtung.

In den ersten 2 Fällen wirkten die X-Strahlen hauptsächlich auf das Ovarium; im ersteren Falle Oligomenorrhöe, im 2. Amenorrhöe. Im 3. Falle wirkten die Strahlen auf den Tumor selbst ein: Zurückgehen des Ödems und des Tumors. Resorption des serösen Transsudates äußerte sich in Vergiftung des Organismus (Ausfallserscheinungen). In diesem Rückgang des Ödems durch die Wirkung der Strahlen auf das Gefäßsystem sieht A. das Hauptmoment in der Verkleinerung des Tumors. Je ödematöser, weicher der Tumor, desto sichtbarer der Erfolg. Die Wirkung der Strahlen auf die Tumormasse selbst harrt noch der weiteren Erklärung. *Ginsburg* (Breslau).

Kriosky, L. A.: Uterus fibromyomatosus, mit Röntgenstrahlen behandelt. (Sitzung d. geburtsh.-gynaekol. Ges., St. Petersburg, April 1913.) Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynaekol., Jg. 28, H. 10, S. 1470—76. 1913 (russisch).

44jährige Nullipara. Starke, langdauernde Menses. Vor 2 Jahren Röntgenbestrahlung. Im ganzen bekam Patientin 15—20 X. Mehrere Monate danach Menses schwächer, jetzt wieder sehr stark geworden. Per laparotomiam wurde ein kindskopfgroßer Uterus entfernt, der von kleinen subserösen und interstitiellen Knoten durchsetzt war. Ein Knoten nekrotisch. Uterus im ganzen sehr hart. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine sehr starke Bindegewebsentwicklung, so daß das Muskelgewebe in einigen Stellen atrophisch wurde. Schlechte Kernfärbung. Bindegewebe hyalin degeneriert. Keine besondere Gefäßentwicklung. Den Röntgenstrahlen wurden seinerzeit nur die Ovarien ausgesetzt, man muß in diesem Falle die Wirkung der Strahlen auf den Tumor durch die Eierstöcke annehmen. *Ginsburg* (Breslau).

Tauffer, Wilhelm: Über Heilungsversuche mit Radium bei Gebärmutterkrebs mit Demonstrationen. Sitzungsber. d. Budapester kgl. Ärztevereins Jg. 2, Nr. 21, S. 431—432. 1913 (Ungarisch).

Die vollkommene Ausheilung des Gebärmutterkrebses mit Radium ist vorläufig im Versuchsstadium. Diese therapeutischen Versuche können mit großen Gefahren verbunden sein, denn 1. die weichen Radium- und Mesothoriumstrahlen verbrennen unberechenbar; 2. die Technik des Filtrierens ist bisher noch nicht sicher bestimmt; 3. man weiß noch nicht, ob das Fernhalten der β-Strahlen im Interesse der Therapie ist, auch nicht, ob wirklich die γ-Strahlen die wirksamsten sind, und auch weil wir die Bedeutung der sekundären Ausstrahlung nicht kennen; 4. weil wir bei der Behandlung das Quantum der strahlenden Energie nicht messen können und so uns die Mitteldosis, die am zweckmäßigsten wirkt, und auch die Grenze der pathologischen Wirkung noch unbekannt ist; 5. die Radiumstrahlen zerstören nicht nur das carcinomatöse Ulcus, sondern sie schädigen, im Übermaß angewendet, auch die gesunden Gewebe und Organe; 6. es ist uns die Fernwirkung des Radiums im Organismus sowie auch die späteren Folgen der Bestrahlung noch nicht bekannt; 7. wir wissen bis jetzt, daß die roten und weißen Blutkörper schwer geschädigt werden; 8. wir wissen im vornhinein nicht, ob und wie nach dem scheinbar geheilten Lokalprozeß Rezidive auftreten; ob es eine Dauerheilung gibt oder ob es nur eine Frage der Zeit ist, wann ein Rezidiv eintritt; 9. nichts sagt uns, wann wir mit der Bestrahlung aufhören sollen. Verf. betrachtet trotz der vielen fraglichen und gefährlichen Verhältnisse die Behandlung mit Radium dennoch schon jetzt als Wohltat der Menschheit und macht die weiteren Heilversuche zur Pflicht des Staates, der Gesellschaft und der Ärzte, denn mit den bisherigen Methoden hatten kaum 20% der an Gebärmutterkrebs leidenden Frauen Aussicht auf Dauerheilung. Bei den übrigen 80%, gegenüber denen wir bisher machtlos waren, bekamen wir im Radium ein Mittel, das eine staunenswerte Wirkung auf den traurigen Zustand ausübt. Die Blutung steht in ein paar Tagen, der Geruch hört auf, ebenso der Ausfluß und die gräßlichen Schmerzen, es kehrt der wohltuende Schlaf wieder, ebenso der Appetit und die Lebensfreude. Die Verzagten hoffen wieder. In den mit Radium behandelten Geschwülsten sieht man nicht nur interstitielle Vernarbung, sondern auch Zugrundegehen der Krebsnester. Somit dürfen wir hoffen, daß die Heilung eine dauerhafte sein wird. Wenn wir uns auch in der Heilung irren sollten und alle unsere Hoffnungen fehlschlagen, so haben wir im Radium doch etwas, was den Kranken wenigstens von den Qualen befreit und sein Sterben erleichtert. *Horváth* (Budapest).

Wertheim, E.: Radium- und Uterus-Krebs. (85. Vers. dtsch. Naturforsch. u. Ärzte, Wien.) Strahlentherapie Bd. 3, H. 2, S. 437—444. 1913.

Bericht über 19 mit Radium und 3 mit Mesothorium behandelte Fälle von Uteruscarcinomen. Von 9 operablen Fällen wurden 7 der erweiterten abdominalen Operation zugeführt. 9mal handelte es sich zweifellos um Inoperabilität; bei diesen letzteren wurden keine eklatanten Erfolge erzielt, und die Tatsache einer spezifischen Radiumwirkung muß z. Z. noch offen bleiben. In allen Fällen war sowohl klinisch, makroskopisch wie mikroskopisch eine Beeinflussung des Uteruskrebses unverkennbar. (Einschmelzung des Tumors, Schorfbildung, Reinigung und Verkleinerung der Carcinomhöhlen, Verklumpung der Kerne, Pyknose, Auflösung der Zellstruktur.) Tumorschwund, resp. Heilung ergab sich nur bei den oberflächlichen, bzw. exophytischen Carcinomen. Genügende Tiefenwirkung konnte nicht konstatiert werden, hingegen traten beträchtliche Schädigungen auf, die sowohl den Gesamtorganismus betrafen als lokaler Natur waren. Die Radikaloperation war nach den Bestrahlungen durch Infiltration, Hyperämisierung und Sklerosierung des gesamten Beckenbindegewebes erheblich erschwert. Auch die Alterationen des Allgemeinbefindens trübten die Prognose der Operation. Ungeachtet dieser Schädigungen werden die Bestrahlungen fortgesetzt und folgende Technik geübt: Filterung von 1—2 mm Blei, Abdecken gegen

die gesunde Umgebung mit Filter von 2—3 mm Blei, 10—20 Schichten Papier zum Schutz gegen die Sekundärstrahlung, Applikation von nicht mehr als 3000 mg Stunden im Gegensatz zu den großen verwendeten Dosen. Die operative Behandlung soll bis jetzt nicht diskredidiert werden, da über 50% aller Frauen mit Uteruscarcinomen durch die Operation dauernd geheilt werden. *Dorn* (Kempten).

Herczel, E.: Die Behandlung der Geschwülste mit radioaktiven Substanzen. Sitzungsber. d. Budapester kgl. Ärztevereins Jg. **2**, Nr. 22, S. 448—450. 1913. (Ungarisch.)

Verf. arbeitet mit 250 mg Radium, resp. Mesothorium; wendet es an bei 1. exulcerierten Hautgeschwülsten ohne Filter; 2. den unter der Haut sich befindenden bösartigen Geschwülsten (Mamma, Lymphdrüsen, Struma malignum usw.). Hier trägt er große Sorge zur Beschützung der Haut. Die α- und β-Strahlen filtriert er mit 3 mm dickem Bleifilter, die sekundären Strahlen mit 15—20 Stück Papierblättern. Trotzdem sah er bei sehr Empfindlichen Reaktionen; 3. den durch physiologischen Öffnungen erreichbaren Geschwülsten (Ca. uteri, Ca. linguae, Ca. recti); 4. den durch die physiologischen Öffnungen nur indirekt (mit Instrumenten) erreichbaren Tumoren; 5. den nur durch Operation erreichbaren Geschwülsten; durch den Eingriff wird das erkrankte Organ freigelegt, z. B. zur Haut herausgenäht; 6. der durch Operation auch nicht erreichbaren, tiefliegenden Geschwülsten (Tumor mediastini, retroperitonealis). Die Behandlung kann in den Händen Unerfahrener und Verwegener großen Schaden verursachen.

Indiziert sei die Radiumbehandlung: 1. bei jeder inoperablen Geschwulst, 2. bei inoperablen Geschwülsten, in der Hoffnung, sie operabel zu machen, 3. präventiv nach Operationen maligner Geschwülste zur Verhütung der Rezidive, 4. zur Zerstörung von Tumorresten, die man gezwungen war zurückzulassen. Doch solange ein Fall noch zu operieren ist, sei die Radiumbehandlung absolut zu perhoreszieren. *Horváth* (Budapest).

Heineke, H.: Wie verhalten sich die blutbildenden Organe bei der modernen Tiefenbestrahlung? (*Chirurg. Univ.-Poliklin., Leipzig.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 48, S. 2657—2659. 1913.

Verf. macht auf die Tatsache, daß die blutbildenden Organe, Knochenmark, Milz und lymphatisches Gewebe, außerordentlich stark auf Röntgen- und Radiumstrahlen reagieren, durch neue Tierversuchsresultate abermals aufmerksam. Es ergab sich, daß die direkte Bestrahlung der Darmwand- und Milzfollikel von Meerschweinchen und Kaninchen während 5 Sekunden mit einer relativ sehr geringen Menge von Radium (20 mg Radiumbromid) genügt, um schon ausgedehnte Kernzerstörungen hervorzurufen. Gleich lange Hautbestrahlung blieb ohne nachweisbare Wirkung. Einstündige Bestrahlung der Bauchhaut der Tiere genügte, um die Lymphocytenherde im Abdomen weitgehend zu zerstören. Strahlenfilterung durch 3 mm Blei schwächte die Wirkung auf die Lymphocyten relativ wenig ab. Nach diesen Versuchsergebnissen ist es ratsam, bei der Anwendung enormer Strahlendosen, wie sie zur Tiefentherapie verwendet werden, die Blutveränderungen fortlaufend zu verfolgen. Der Gaussche Röntgen- und Mesothoriumkater ist vielleicht auf die Schädigungen der Blutzellen zurückzuführen. Die von mehreren Autoren festgestellten Blutveränderungen bei Radiologen mahnen zur Vorsicht. 6 Fälle von Leukämie bei Radiologen sind bereits bekannt. Die Tiefentherapeuten müssen erst den Beweis liefern, daß eine Schädigung der Blutbildung durch die Applikation von enormen Strahlendosen nicht zu befürchten ist. *Dorn.*

Albers-Schönberg: Das Problem der Sekundärstrahlentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. **27**, Heft 1, S. 60—67. 1913.

Nachdem neuerdings von mehreren Autoren den Sekundärstrahlen eine immer wichtigere Rolle bei der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen zugeschrieben wird, versucht Verf. durch Tierversuche und Bestrahlungen am Menschen die Richtigkeit dieser Anschauung zu prüfen.

Durch eine geeignete Versuchsanordnung wurde ein primäres Strahlenbündel auf ein in Aluminiumkapseln eingeschlossenes pulverisiertes Aluminium gestrahlt; die dann in dem Aluminium entstehenden Sekundärstrahlen wurden auf eine in der Nähe auf ein Brett aufgeschnallte Maus emittiert. Nach Verabreichung verschieden großer Dosen, die sich nach Kienböck gemessen in den Grenzen von $1^1/_4$—4 X halten, konnte nach einem Monat an den Mäusehoden eine histologisch nachweisbare Veränderung nicht aufgefunden werden.

Verf. glaubt, daß mit höheren Dosen wohl ein Sekundärstrahleneffekt zu erzielen sei. Ähnliche Kapseln, wie bei den Tierversuchen, wurden für Bestrahlung des Ovariums, des Uterus und des Mastdarms angefertigt und nach Einführung beim Menschen bestrahlt. Resultate konnten wegen Kürze der verflossenen Zeit noch nicht beobachtet werden. *Müller-Carioba* (Freiburg i. Br.).

Polano, O.: Ein Kasten zur Entwicklung der Kienböckfilms bei Tageslicht. Strahlentherapie Bd. **3**, H. 2, S. 711—712. 1913.

Verf. hat einen Apparat konstruiert, der die Kienböckfilmentwicklung bei Tageslicht mit gleichzeitiger Bedienung des Röntgenapparates gestattet. Derselbe ist aus schwarzem Pappkarton gearbeitet und hat eine Breite, die dem bekannten Metallgestell mit vier Glaseprouvetten entspricht. Er besteht aus einem abhebbaren Deckel, der oben und an 3 Seiten mit Rubinglasfenstern versehen ist; an der vierten Seite hat er eine runde Öffnung, die mit einem schwarzen Ärmel gedichtet, das Einführen einer Hand in das Kasteninnere ermöglicht. Ferner ist an dem Kasten ein dachförmiger Aufsatz angebracht, der die Spiegelung des im Deckel befindlichen Glases aufhebt. Näheres ist im Original nachzulesen. Der kleine Apparat hat sich nach Verf. als sehr praktisch und zeitsparend erwiesen. *Hirsch* (München).

Heber, Georg: Der Betrieb von Röntgenröhren mit dem Gasunterbrecher. Strahlentherapie Bd. **3**, H. 2, S. 724—736. 1913.

Die gesteigerten Anforderungen bei dem Betriebe von harten Röntgenröhren für Tiefenbestrahlungen haben dahin geführt, bei Verwendung des Unterbrecherinstrumentariums die gebräuchlichen Unterbrechungsvorrichtungen leistungsfähiger zu gestalten. Es kommen für die Röntgentherapie meistens Elektromotorenunterbrecher in Anwendung, bei welchen die Dämpfung der Unterbrecherfunken durch Alkohol oder Petroleum erstrebt wird. Da für eine sichere Kontaktgebung im Unterbrechergefäß Quecksilber benutzt wird, so entstand bei häufiger Inanspruchnahme und bei Anwendung von größeren Stromstärken eine Verschlammung des Quecksilbers, welche schließlich die Unterbrecherfunktion aufhob. Die lästige Reinigung des verschlammten Quecksilbers und die starke Abnutzung des Kontaktmaterials fällt bei einem mit Leuchtgas gefüllten Unterbrecher vollständig fort. Die funkendämpfende Wirkung des Leuchtgases hat sich in der Röntgenpraxis bewährt. Besonders bei langer Benutzungsdauer treten die Vorteile des Gasunterbrechers durch die sichere Funktion und leichte Handhabung hervor. Verschiedene mit dem Unterbrecher in Verbindung stehende Reguliervorrichtungen gewähren die Möglichkeit, für die Röhrenbelastung und Röhrenfunktion die günstigsten Betriebsverhältnisse zu wählen. Der Gasunterbrecher wird von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall in den Handel gebracht. *Runge* (Berlin.)

Westphal, W. H.: Das Wesen der Röntgenstrahlen. Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 50, S. 1537—1544. 1913.

Fortbildungskurs.

Walter, B.: Die Röntgenschutzwirkung des Bleies und einiger anderer Stoffe. (*Physikal. Staatslaborat., Hamburg.*) Strahlentherapie Bd. **3**, H. 2, S. 713—721. 1913.

Die Röntgenstrahlen zeigen ein um so größeres Durchdringungsvermögen, je tiefer sie in einen Stoff eindringen. Die auf gleiche Schichtdicke bezogene Absorption beim Silber ist bei größeren Schichtdicken größer als beim Blei, trotzdem sowohl Atomgewicht als auch spezifisches Gewicht bei letzterem erheblich höher ist als bei ersterem. Je höher der Bleigehalt des Glases ist, um so zweckmäßiger ist es als Schutzglas gegen Röntgenstrahlen. *K. Hoffmann* (Dresden).

Holzknecht, G.: Durchleuchtungs-Kompressorium mit Bucky-Effekt. Eine kleine Vorrichtung zur Erzeugung überaus deutlicher Durchleuchtungsbilder. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 49, S. 2727—2729. 1913.

Jeddeloh, zu: Die tausendjährigen Quellen des Sol- und Moorbades Lüneburg, sowie Statistisches über die Heilerfolge in den letzten 5 Jahren. Zeitschr. f. Balneol. Jg. **6**, Nr. 17, S. 496—497. 1913.

Öhman, K. H.: Die Anwendbarkeit des Pituglandols, Pantopons, Pantopon-Scopolamins, Secacornins und Narcophins in der Geburtshilfe. (*Obstetr. Klin., Helsingfors.*) Duodecim. Bd. **29**, Nr. 11, S. 597—605. 1913. (Finnisch.)

Pituglandol (1,1 ccm) bei schwachen Wehen, wenn das Fruchtwasser noch nicht abgeflossen ist, ferner in den Fällen, wo die Eihäute gerissen sind und der Muttermund so weit erweitert ist, daß bei etwaigem Auftreten von Tetanus uteri nach der Injektion die Geburt mit der Zange oder durch Extraktion der Frucht beendet werden kann. In diesen Fällen wurden die Wehen meistens 5—6 Minuten nach der Injektion verstärkt und die Frucht wurde 15—20 Minuten darauf geboren. In den Fällen, wo die Frau sehr erschöpft gewesen war, wurden die Wehen auch trotz 2 Injektionen von Pituglandol nicht verbessert. In diesen Fällen wurde Pantopon gegeben und nach einiger Zeit, wenn die Wehen sich wieder eingestellt hatten, Pituglandol mit gutem Erfolge. Pantopon und Pantopon + Scopolamin, letzteres auch bei Laparotomien nebst Äthernarkose, entsprachen den Eigenschaften, die ihnen zugeschrieben werden. Narcophin (Boeringer) erzeugte häufig schwache und unregelmäßige Herztöne beim Kinde. In 18 Fällen von Blutungen post partum wurde in schweren Fällen Pituglandol + Secacornin, in leichten nur Pituglandol gegeben. Letzteres wirkt schon nach 7 Minuten, aber nur für kurze Zeit, Secacornin erst nach 15—20 Minuten, dafür aber längere Zeit vorhaltend. Mehrgebärenden, bei denen früher Blutungen vorgekommen waren, wurde während der Geburt Pituglandol gegeben und gleich nach der Geburt des Kindes Secacornin. Bei gleichzeitiger Verabfolgung von Pantopon oder Pantopon + Scopolamin und Pituglandol vermindern sich die Geburtsschmerzen, die Wehen aber bleiben kräftig und die Geburt schreitet fort. Bei Abort nach dem 4. Monat kann Pituglandol + Secacornin die Wehen verstärken. Verf. ist der Ansicht, daß Pituglandol theoretisch Krampfwehen hervorruft, praktisch aber, vernünftig angewandt, keine Gefahr mit sich bringt. *Björkenheim* (Helsingfors).

Sternberg, Willy: Erfahrungen mit dem Schlafmittel Aponal. Allg. Zentral-Zeit. Jg. 82, Nr. 50, S. 594. 1913.

Allgemeine Chirurgie:

Piantoni, Giovanni: L'anestesia epidurale specialmente in riguardo al parto spontaneo. (Die epidurale Anästhesie speziell in bezug auf die normale Geburt.) *Istit. ostetr.-ginecol., univ., Roma.*) Riv. osp. Bd. **3**, Nr. 22, S. 986 bis 1000. 1913.

Nach einer Beschreibung der Anatomie des Spatium epidurale, Schilderung der Technik der sakralen Anästhesie und der verschiedenen Versuche anderer Autoren und nach einigen physiologischen Erklärungen über die Wirkungsweise dieser Anästhesie auf den Uterus und auf die Geburtswege folgen die eigenen Beobachtungen des Verf. bei 17 Gebärenden.

Er verwandte eine Lösung von 0,1—0,35 Novocain mit 0,000125—0,00025 Adrenalin auf 10—40 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Die Anästhesie begann 10—15 Minuten nach der Injektion und dauerte bei schwächeren Dosen von Novocain 1—1½ Stunden, bei stärkeren Dosen 2—3 Stunden an.

Seine Schlußfolgerungen sind, daß diese Methode keine ideale ist, aber gute Dienste leisten kann und daß sie nicht in der Eröffnungsperiode, sondern nur in der Austreibungsperiode und zwar besonders bei Primiparen anwendbar ist, bei welchen durch eine subcutane Pituitrininjektion die verlangsamte Austreibung, wenn nötig beschleunigt werden kann. *Klein* (Straßburg i. E.).

Smith, R. B.: The relation between the oxidation products of ether and bronchial irritation following its use as an anesthetic. (Zusammenhang zwischen Oxydationsprodukten des Äthers und Reizung der Bronchialschleimhaut nach der Äthernarkose.) Med. council Bd. **18**, Nr. 7, S. 261—263 u. Nr. **9**, S. 347—351. 1913.

Äther, wenn auch rein von der Fabrik geliefert, zersetzt sich leicht unter Ein-

fluß von Luft und Licht. Es entstehen bisher noch nicht genau bekannte Oxydationsprodukte (Peroxyde), die wahrscheinlich den Bronchialreiz bei der Äthernarkose verursachen. Diese Irritation läßt sich vermeiden, wenn man ausschließlich reine Ätherdämpfe benutzt, die erwärmt sind. Äther kann man rein aufbewahren in kleinen, gut verschlossenen, bis oben gefüllten Flaschen aus dunklem Glas. *Lamers* (Amsterdam).

Rapin, Oscar-Jean: L'incision abdominale en gynécologie. (Die abdominelle Incision in der Gynaekologie.) Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom. Bd. **21**, Nr. 5, S. 353—400. 1913.

Nach Besprechung der einschlägigen Literatur sieht Verf. die Vorteile des transversalen Schnittes in folgendem: 1. Fast völliges Fehlen von postoperativen Hernien und größere Festigkeit der Narbe (bei Längsschnitt 8% Hernien nach primärer, 30% nach sekundärer Heilung, beim Querschnitt aber nur 0,2% in der Gesamtheit der Fälle, nämlich 7 Hernien bei 3139 Operationen). 2. Möglichkeit eines früheren Aufstehenlassens. 3. Fäden und Klammern können frühzeitiger entfernt werden. 4. Bessere Übersicht über das Operationsfeld. 5. Erleichterung, die Laparotomie mit anderen Operationen zu verbinden (Hernien, Appendicitis). 6. Vollkommen ästhetisches Resultat hinsichtlich der Narbe. Aus allem dem schließt Rapin, daß der Querschnitt dem Längsschnitt bei gynaekologischen Operationen überlegen ist. *Moos* (Breslau).

Parrell, H. J.: Über den suprasymphysären Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel-Rapin-Küstner. Dissertation: Basel 1913.

Auschtrow, M.: Der suprasymphysäre Querschnitt nach Rapin-Küstner-Pfannenstiel. Dissertation: Basel 1913.

Floeckinger, F. C.: Median transverse fascia incision. (Fascienquerschnitt.) Texas State journal of med. Bd. **9**, Nr. 7, S. 217—220. 1913.

Floeckinger bespricht eingehend die Vorzüge des Fascienquerschnittes, der besonders bei chronischen Fällen mit Verwachsungen eine gute Übersicht gewährt. Beim Längsschnitt kommt es viel leichter zu postoperativen Hernien, weil nicht nur der intraabdominale Druck, sondern auch der Muskelzug ungünstig auf die Wundheilung einwirkt. Bei Drainage oder Infektion der Nähte kann es auch zu einem Platzen der ganzen Naht kommen. All diese Gefahren sind beim Fascienquerschnitt gleich null, er ist nicht nur für gynaekologische Operationen, sondern auch für die Entfernung der Gallenblase, der Appendix, der Prostata zu empfehlen. Bei der Peritonealnaht mit Catgut muß man besonders die Ecken nach außen umstülpen, um Verwachsungen zu vermeiden. Die beiden Musculi recti werden nur durch 2—3 Catgutfäden eben aneinandergelegt. Ein Zigarettendrain, der an den Wundecken eingeführt wird, dient für 24 Stunden zur Ableitung der Sekrete. Durch Vereinigung der Haut mit Michelschen Klammern wird auch kosmetisch eine tadellose Narbe erzielt. *Vogt* (Dresden).

Frank, Louis: The use of jodine in abdominal surgery. (Der Gebrauch des Jods in der abdominalen Chirurgie.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 5, S. 910—921. 1913.

Verf. geht kurz rückblickend die verschiedenen Desinfektionsmethoden des Operationsfeldes durch bis zum Jod. Seine neuerdings empfohlene, auch intraabdominale Anwendung schien ihm eine gefährliche Übertreibung nach Art derer zu Beginn der antiseptischen Ära und veranlaßte ihn zu Tierexperimenten, die den Einfluß der Jodtinktur — auch reinen Alkohols —, des reinen Jods und der Lugolschen Lösung auf Peritoneum und den ganzen Organismus feststellen sollten.

Er fand die tödliche Dosis für Jodtinktur bei 0,125% des Gewichts des Tieres, Lugolsche Lösung wirkte noch toxischer, reines Jod weniger stark. Jede Berührung des Peritoneums mit Jodpräparaten, auch die des eventrierten Darmes mit der bepinselten Haut, erzeugten schwere lokale Entzündung mit ihren Folgen.

Diesen Resultaten scheinen die Angaben von Crisler und Johnson zu widersprechen, die eine $33^1/_3$ bis 50proz. Mischung von Jodtinktur (befreit von Jodkalium) und

Alkohol in Mengen bis zu einer Gallone ($4^1/_2$ l) zu ausgiebigster Spülung der Bauchhöhle bei Peritonitis jeden Ursprungs verwenden. Sie glauben, damit jede Peritonitis zu Stillstand und Heilung zu bringen, wenn nicht der Pat. schon durch die Toxine tödlich vergiftet ist. Diese krasse Differenz scheint nur durch Verschiedenheit der Reaktion des intakten und entzündeten Peritoneums erklärbar; darüber sollen weitere Versuche folgen. Zunächst muß Verf. Vermeidung jeder Berührung von Jod mit Peritoneum anraten. *Schmidt* (Greifswald).

Leschke, Erich: Ein Troikart mit seitlichen Öffnungen. (*Charité, Berlin.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60,** Nr. 47, S. 2627—2628. 1913.

Um die leichte Verstopfung der einzigen Öffnung an der Spitze der Troikarthülle zu vermeiden, hat Leschke derselben noch zwei seitliche Öffnungen gegeben. Dies bietet auch den Vorteil, daß man ein kleineres Kaliber benutzen kann. Zu beziehen durch B. B. Cassel, Frankfurt a. M. Preis 3,50 Mk. *Bretz* (Bonn).

Werneck, Carlos: Direkte Bluttransfusion. Brazil-medico Jg. **27,** Nr. 25, S. 249—254 u. Nr. 26, S. 259—262. 1913. (Portugiesisch.)

Schilderung der Technik unter besonderer Berücksichtigung der Kanülen von Crile, Elsberg und Tuffier und Besprechung der Indikationen und Kontraindikationen der direkten Bluttransfusion. Verf. kommt zur Ablehnung der Transfusion bei akuter, schwerer Blutung; dagegen empfiehlt er sie bei wiederholten, anders nicht zu beeinflussenden Hämorrhagien. *Schmid* (Prag.)

Hertzen, Verner v.: Über Parotitis nach operativen Eingriffen in der Bauchhöhle, insbesondere an den weiblichen Generationsorganen. Mitteilg. a. d. gynaekol. Klin. Otto Engström Bd. **10,** H. 3, S. 265—307. 1913.

Es wird die Frage erörtert, ob die Operationen an den weiblichen Generationsorganen besonders zu Parotitis disponieren mehr als andere Bauchhöhlenoperationen; nach den Erfahrungen der Engströmschen Klinik (bei 4000 gynaekologischen Operationen mit Eröffnung des Peritoneums 11 Parotitisfälle) muß dies verneint werden. Würdigung der Pathogenese. Die Einwirkung von Narkoticis zur Erklärung wird abgelehnt, ebenso die aseptischen, nicht bakteriell entstehenden Formen der Entzündung und dafür eine einfache ätiologische Einteilung gewählt: 1. metastitische Parotitis, die nur bei pyämischen Zuständen vorkommt, und 2. aufsteigende Parotitis, die alle übrigen Fälle umfaßt, wobei zu sagen ist, daß die erste Form sehr selten vorkommt; als Voraussetzungen für die Entstehung einer Parotitis werden angegeben: Anwesenheit von Infektionsmaterial genügender Virulenz in der Mundhöhle, Aufhören oder Herabsetzung der Speichelsekretion und Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Drüse. Marasmus und Kachexie spielen ein disponierendes Moment, ferner starker Flüssigkeitsverlust (Anämie, Blutungen). Der Verlauf der Engströmschen Fälle war gutartiger, als gewöhnlich angegeben; zwei Drittel der Erkrankungen verlief ohne Abscedierung, 2 Fälle abscedierten, ein Fall endete tödlich an septischer Peritonitis, aber hier bildete die Parotitis lediglich ein zufälliges Symptom. Die Prophylaxe wird in guter Mundpflege vor und nach der Operation gesehen, Entfernung cariöser Zähne, Vermeidung der Darmparese durch schonend rasches Operieren, Kochsalzeinläufe usw. Therapeutisch kommen Breiumschläge und Eisbeutel in Frage, bei Verdacht auf Eiter Incision, eventuell auch schon früher, um die Spannung zu beseitigen. *Brewitt* (Lübeck).

Lewin, Sch.: Über die Wundbehandlung und Vermeidung von Komplikationen nach Laparotomien. Dissertation: Basel 1913.

Allgemeine Infektionskrankheiten:

Gomes, Emilio: Zwei Fälle von Gonokokkensepticämie. Brazil-medico Jg. **27,** Nr. 25, S. 257. 1913. (Portugiesisch.)

Zwei tödlich endigende, bakteriologisch sichergestellte Fälle von Gonokokkensepticämie zeigten klinisch ein pestähnliches Bild, nicht nur durch die lokalen Krankheitserscheinungen, bewegliche und schmerzhafte Leistenbubonen, sondern besonders durch die Allgemeinsymptome. *Schmid* (Prag).

Unterricht und Lehrmittel:

● **Fehling, Hermann, und Karl Franz: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 4. völlig umgearb. u. verm. Aufl.** Stuttgart: Enke. 1913. XII, 439 S. M. 12.–.

Die neue Auflage des Fehlingschen Lehrbuches der Frauenkrankheiten erscheint äußerlich unter verändertem Titel, indem Franz die Bearbeitung der Krankheiten der Vulva, der bösartigen Erkrankungen des Uterus, des Bauchfells und Beckenbindegewebes, sowie der Harnröhre und Blase übernommen hat, Dietlen die Technik der Röntgenbestrahlung in der Gynaekologie bespricht. Da 7 Jahre seit dem Erscheinen der letzten Auflage verflossen sind und unsere Anschauungen über die Beziehungen von Menstruation und Ovulation, über die Endometritis und deren Beziehung zur sog. chronischen Metritis, über die Bedeutung der endokrinen Drüsen, der Cystoskopie und Strahlentherapie für die Gynaekologie mancherlei Wandlungen erfahren hat bzw. diese Bedeutung überhaupt erst seitdem erkannt ist, so haben viele Kapitel der alten Auflage eine gründliche Neubearbeitung erfahren müssen, bzw. sind ganz neu hinzugekommen. Wie in den früheren, so tritt auch in dieser Auflage entsprechend der Tendenz des Buches, für den Studierenden als Einführung in die Gynaekologie zu dienen und den praktischen Arzt rasch über den gesicherten Besitz der Gynaekologie zu orientieren, immer das Bestreben der Autoren hervor, bei aller Gründlichkeit und Berücksichtigung der neuesten Errungenschaften unserer Spezielwissenschaft, doch nur das in eigener Praxis wirklich Erprobte kurz und bestimmt darzustellen, um so dem Praktiker ein sicherer und verläßlicher Ratgeber zu sein. *Vaßmer* (Hannover).

Treub, Hector: Lehrbuch der Geburtshilfe. 5. Aufl. 1913. 1092 S. u. 384 Abbild. (Holländisch.)

Erweiterte und mit neuen Zusätzen versehene Auflage des bekannten Lehrbuches. *Stratz.*

Sonstiges Allgemeines, Geschichte:

Burckhard, Georg: Die Dauererfolge 12jähriger operativer Tätigkeit. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. 75, H. 1, S. 1—28. 1913.

Die Technik und Indikationsstellung erfolgte nach den Prinzipien Hofmeiers. Die Hautdesinfektionsmethode war 2 mal Anstrich mit 5 proz. Jodtinktur. Als Narkose wurde lediglich Chloroform-Tropfmethode verwendet, in Quantitäten, die bei einer Narkosendauer von $^3/_4$ bis 1 Stunde im Durchschnitt 20—25 ccm, gelegentlich auch nur 10—15 ccm Chloroform betrugen. Die Gesamtzahl der Operationen beträgt 524. Davon 380 Laparatomien, 140 vaginale und 4 Operationen an den äußeren Genitalien mit einer Mortalität von 3,81% = 20 Todesfällen. Bei den 380 Laparotomien wurden 340 mal Längsschnitt und 34 mal Querschnitt ausgeführt. Unter den Längsschnitten kamen 7 leichte und 3 schwere Eiterungen, unter den Querschnitten 2 leichte und 1 schwere Eiterung vor. 306 mit Längsschnitt operierte Kranke konnten nachkontrolliert werden. Bei 7 war es zu Hernienbildungen gekommen. Gegen Prolaps wurde bei einfachen Fällen von isolierter Senkung der vorderen und hinteren Scheidenwand vordere und hintere Kolporaphie gebraucht. Bei Tiefertreten des Uterus wurde eine Ventrofixation ausgeführt, bei schwereren Fällen die Schautasche Interpositio, bei Totalprolaps die Exstirpation des Uterus mit Resektion der Scheide. Von 37 mit Kolporaphie und Ventrofixation behandelten Frauen starben 3, von 32 nachuntersuchten Frauen war der Operationserfolg gut bei 31, 1 hatte ein Rezidiv. Von 18, bei denen Interpositio nach Schauta ausgeführt war, starb 1 am 14. Tag an Embolie, 2 hatten vollständige Rezidive, eine ein teilweises 3 wegen Totalprolaps mit vaginaler Totalexstirpation operierte Frauen blieben dauernd rezidivfrei. Von 65 Myomoperationen starben 2, bei denen supravaginale Amputation ausgeführt war. Unter 3749 Patienten kamen 74 Carcinomkranke in Behandlung, und zwar 31 Korpus- und 43 Cervixcarcinome. 13 waren inoperabel, so daß eine Operabilität von 82,4% sich ergab. Bei allen 74 Carcinomen wurde in 43 Fällen = 58,18% eine Rezidivfreiheit von 5 Jahren, also absolute Heilungsziffer konstatiert. Uterussarkom wurde 4 mal vaginal ohne Todesfall operiert, 1 ist verschollen, 2 sind nach 8 und 1 nach 7 Jahren noch rezidivfrei. *Schlimpert* (Freiburg i. Br.).

Jones, Arthur T.: Report of cases. (Kasuistik.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 5, S. 906 bis 910. 1913.

1. Solider Tumor des Parovariums, wahrscheinlich vom Wolffschen Körper ausgehend.

Im Anschluß an einen Fall entwickelte sich eine mannskopfgroße, intraligamentäre Geschwulst, die aus Bindegewebe, Epithel, glatter Muskulatur, Knorpelzellen und Gewebe einer rudimentären Niere bestand. II. Bei einer 50 jährigen Frau konstatierte man bei vaginaler Untersuchung ein Uterusfibrom, von den Bauchdecken aus einen großen cystischen Tumor. Bei der Laparotomie fand man neben Ascites eine harte, kindskopfgroße Geschwulst des linken Ovariums, Drüsen am Foramen Winslowii; der Tumor war ein Fibrosarkom. III. Vor 3 Jahren Exstirpation des Uterus wegen Carcinom und Sarkom ohne Wertheim, bis jetzt kein Rezidiv.
Rittershaus (Koburg).

Lamers, A. I. M.: Die Bedeutung der Hysterotomia vaginalis anterior für Gynaekologie und Geburtshilfe. (*Frauenklin. Halle a. S.*) Neederl. Tijdschrift voor Gynaec. en verlosk. Jg. **23**, Nr. 2, S. 107—131. 1913. (Holländisch.)

Bereits in deutscher Sprache veröffentlicht in: Praktische Ergebnisse der Geburtsh. u. Gynaekol. **5**, Heft 1, S. 121. 1912. *Stratz.*

● **Oldevig, J.: Über Körperübungen für Kinder und Frauen. Tl. 1. Über Körperübungen für Kinder.** Karlsruhe: G. Braunsche Hofbuchdruckerei u. Verlag 1913. 32 S. M. 0.60.

Verf. betont die große Bedeutung der Körperübungen bei Kindern sowohl in physischer als auch erzieherischer Hinsicht und gibt für die verschiedenen Altersstufen eine Reihe von Übungen an. Beim einjährigen Kinde übt er Beinbeugung und Streckung, Kopfdrehung, Aufrichtung des Rumpfes, Armstrecken nach oben und Beinheben in liegender Stellung, Aufrichten aus Bauchlage, passive Hebung des Körpers und Drehung der Beine nach innen und außen. — Anderthalb bis zweijährige Kinder müssen 5—8 tiefe Atemzüge bei geschlossenem Munde machen, rechtes und linkes Bein in Streckstellung heben, rechten Arm, linkes Bein und umgekehrt gleichzeitig anheben und Kriechübungen nach Art der Klappschen Vorschriften ausführen, wozu noch stehendes Fußbeugen und -strecken kommt. Hier bereits als auch bei der Schulgymnastik, die neben dem erwähnten Kriechen in Spiel, Gang-, Lauf- und Sprungübungen besteht, soll einerseits der Rückgratverkrümmung vorgebeugt, andrerseits eine ethische Schulung erreicht werden. *Rittershaus* (Koburg).

Gynaekologie.

Vulva und Vagina:

Frigyesi, Josef: Pruritus vulvae und seine Behandlung. Orvosképzés Jg. 3, H. 8/10, S. 832—842. 1913 (Ungarisch).

Die Prognose und Behandlung des Pruritus hängt hauptsächlich von den den Pruritus hervorrufenden Ursachen ab (Fluor, Unreinlichkeit, Schwitzen, Schwangerschaft, Incontinentia urinae, Masturbation, Onanie, Klimakterium, Diabetes usw.). Die Hauptfaktoren der symptomatischen Behandlung sind die Reinhaltung und das Herabsetzen der Empfindlichkeit. Röntgenbestrahlung hat in mehreren Fällen das Jucken sistiert. Ältere, hartnäckige Fälle heilt Verf. durch Aufhebung der Nervenleitung, durch Anästhesie des Nervus pudendus auf perineuralem Wege. Er injiziert 5—10 ccm einer $^1/_2$ proz. Novocainlösung dem Verlaufe des Nerven entsprechend, wie man das bei Operationen bei der sogenannten „Pudendus-Anästhesie" macht. Die Resultate des Verf. sind so gut, daß er das von Tavel, Rochet empfohlene Durchschneiden der Pudendusäste für überflüssig hält. *Bogdanovics* (Budapest).

Plazy, Louis: Ulcérations buccales et génitales, non syphilitiques, guéries par le néosalvarsan. (Nichtsyphilitische Mund- und Genitalgeschwüre durch Neosalvarsan geheilt.) Rev. franç. de méd. et de chirurg. Jg. **10**, Nr. 20, S. 315—317. 1913.

Bei den Fuso-Spirochäten-Infektionen im Munde (Angina Vincenti) bewirkt das Neosalvarsan sowohl bei lokaler, wie bei intravenöser Anwendung eine schnelle Heilung, ebenso bei den reinen Spirochäteninfektionen im Munde und an den Genitalien. Bei den durch den Ducreyschen Bacillus hervorgerufenen Genitalulcerationen hat das Neosalvarsan lokal augenscheinlich heilenden Einfluß, intravenös dagegen scheint es unwirksam zu sein. Infolge seiner schnellen Wirkung empfiehlt sich das Neosalvarsan vor anderen Medikationen. Für die lokale Behandlung genügt eine Lösung 1 : 20. *Küster.*

Loser, W.: Carcinoma vaginae mit Prolaps (im Anschluß an zwei Fälle an der Basler Frauenklinik). Dissertation: Basel 1913.

Schubert, Th.: Präparierte, anästhesierende Visia-Vaginalhefe gegen ansteckenden Scheidenkatarrh. Eine zweckmäßige Behandlungsmethode des ansteckenden Scheidenkatarrhes und der Sterilität. (*Frisia-Laborat., Berlin-Friedenau.*) Berl. tierärztl. Wochenschr. Jg. **29**, Nr. 49, S. 877—878. 1913.

Nach gründlicher Scheidenspülung mit 2proz. Sodalösung und Abreiben der Scheidenwände mit 0,3% Sublamin wird das Hefepulver eingestäubt, das durch Wasserentziehung während des Gärungsvorganges schädigend auf die Bakterien einwirken soll; durch einen Zusatz von sterilisiertem Alaun wird es am Zusammenballen gehindert, außerdem enthält es noch einen anästhesierenden und desinfizierenden Bestandteil. *Rittershaus* (Koburg).

Hirschfeld: Die Behandlung des Fluor albus mit Levurinose. Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. **20**, Nr. 48, S. 1482—1484. 1913.

Kurze Betrachtungen über die Anwendung der Levurinose bei den verschiedensten Hautaffektionen, bei habitueller Obstipation, sowie bei Fluor albus. Dieselbe ist ein sehr gutes, leicht anwendbares Mittel zur wirksamen Behandlung des einfachen Katarrhs der Vagina, der Cervix und des Uterus, das in relativ kurzer Zeit fast immer zum Ziel führt; nur in einigen besonders hartnäckigen Fällen mußte der Autor zur Ätzung greifen. Gründliche Reinigung der Vagina und Portio im Speculum mit Watte. Einschütten eines Teelöffels Levurinosepulvers in das Speculum, Nachschieben eines Wattetampons, den sich die Pat. nach 7—8 Stunden selbst entfernt. Danach Scheidenspülung mit Zinc. sulfuric. ein Teelöffel auf ein Liter Wasser. Behandlung 3mal wöchentlich während 3—6 Wochen. Scheidenspülung wird noch einige Wochen fortgesetzt, dann immer seltener vorgenommen und schließlich ganz eingestellt. *Moraller.*

Hengge, Anton: Scheidenpulverbläser Antileukon. Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 48, S. 2680. 1913.

Der Apparat besteht aus einem Pulverbehälter mit Gebläse und aus einer Glasbirne, welche Teile erst beim Gebrauch zusammengesteckt werden; die Glasbirne ist auskochbar und im Inneren mit einem Rücklaufrohr versehen, durch welches die Überdruckluft bei Dehnung und Entfaltung der Scheide entweichen kann, sodaß eine zu starke Verstäubung des Pulvers vermieden wird. *Rittershaus* (Koburg).

Uterus:

Bertrand, D.-M., et Bronislawa Feigin: Contribution à l'étude de la flore bactérienne des infections utérines. (Beitrag zum Studium der Bakterienflora bei Uterusinfektionen.) (*Laborat. de M. Metchnikoff.*) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Bd. **75**, Nr. 26, S. 61—63. 1913.

Die Autoren konnten in 4 Fällen von uteriner Infektion ein Bacterium in Reinkultur gewinnen, welches zunächst bei mikroskopischer Untersuchung dem B. coli glich. In der Kultur zeigte es verschiedene besondere Merkmale, insbesondere Bildung eines grünen Farbstoffes. Das Pigment gleicht am meisten dem des B. fluorescens liquefaciens, aber auch von diesem ließ es sich in fortgesetzter Kultur unterscheiden. Das B. ist gramnegativ, bildet kein übelriechendes Gas, Milch wird nicht koaguliert und es gibt keine Indolreaktion. Seine Pathogenität ist gering. Als Namen schlagen die Autoren vor Bacillus viridis metritis. *Knoop* (Duisburg).

Dalsjö, Olof: Spermatozoen im Uterusschleim nachgewiesen. Allm. Sv. Läkartidning Bd. **10**, Nr. 46, S. 1207—1208. 1913. (Schwedisch.)

In einem Falle gelang es dem Verf., Spermatozoen im Uterussekret nachzuweisen, während die Proben aus der Vagina ein negatives Resultat ergaben. Der Verf. erzwang durch diese Untersuchung das Geständnis sträflichen Beischlafs. *Björkenheim* (Helingfors).

Manton, W. P.: The uterine myoma and malignancy. (Malignität bei Uterusmyomen.) Journal of the Michigan State med. soc. Bd. **12**, Nr. 11, S. 574 bis 577. 1913.

In 3160 von 12 verschiedenen Operateuren zusammengestellten Myomen fanden sich 189mal bösartige Veränderungen im Uterus oder an den Ovarien. Besonders häufig sind in den Statistiken weiterer Untersucher Komplikation mit Korpuscarcinom und Cervixcarcinom. 3,6% betrafen sarkomatöse Entartung der Myome selbst.

Manton glaubt deshalb, daß das Myom ätiologisch mit dem Entstehen von Krebs in Zusammenhang stehe und empfiehlt seine frühzeitige Entfernung. Bei dieser

Gelegenheit bekennt er sich auch zu der Ansicht, daß das „uterine Adenom" der Vorläufer des Carcinoms ist, und daß auch gestielte Polypen Carcinome im Gefolge haben können. *Czempin* (Berlin).

v. Wiecki, C.: Über einen Fall von Sarkom nach Myomoperation. Dissertation: München 1913.

Kusmin, P. J.: Zur Behandlung der Retroversio-flexio uteri durch die Alquié-Alexander-Operation. Med. Rundschau Bd. **80**, Nr. 16, S. 430—437. 1913. (Russisch.)

Beschwerden: heftige Schmerzen in der unteren Hälfte des Abdomens, die nach den Seiten und nach dem Kreuz ausstrahlen, reflektorische Nervenschmerzen, Aborte, Kinderlosigkeit, Dysmenorrhöe. Die Behandlung kann konservativ und chirurgisch durchgeführt werden. Chirurgisch 1. an der Gebärmutter selber, 2. durch Fixation der Gebärmutter an eines der benachbarten Organe oder 3. durch Abkürzen des einen oder des anderen Teiles des Bindeapparates. Die plastische Methode kommt in Betracht bei angeborenen oder veralteten Fällen von Retroflexio kombiniert mit Atrophie der hinteren und Hypertrophie der vorderen Scheidenwand. Die Fixationsmethode (Ventro-Vesico-Vaginofixatio) hat viele Nachteile, so Unterbrechung der Gravidität und Kinderlosigkeit oder Einklemmung der Darmschlingen zwischen der Gebärmutter und vorderen Bauchwand. Die extraperitoneale Kürzung der Lig. rotunda nach Alquié-Alexander entbehrt aller dieser Nachteile. Verf. beschreibt genau seine Technik.

Seit 1899—1912 führte Verf. 52mal diese Operation aus. In 45 Fällen handelte es sich um Retroversio-flexio uteri und 7mal um Senkung der Gebärmutter. Das Alter schwankte zwischen 19 und 51 Jahren, der Beginn des Leidens von 3 Monaten bis 12 Jahren. Es waren 43 Mehr- und 2 Erstgebärende. 12mal bestand dabei Endometritis, 6mal Senkung und Scheidenvorfall, Collumhypertrophie, Eierstocktumoren usw. Der postoperative Verlauf war nur in 3 Fällen mit Nahteiterung verbunden. In 95% der Fälle war der subjektive und objektive Befund nach der Operation befriedigend. In 1 Fall kam es zu einer Mittelstellung zwischen Ante- und Retroflexio und in 1 Falle blieben die Schmerzen bei der Defäkation unbeeinflußt, da eine hintere Parametritis geblieben ist. Die Fälle sind bis zu 6 Jahren nachbeobachtet, wobei nur in 1 Fälle (3,5%) es bereits nach 1 Jahr 3 Monaten zu einem Rezidiv kam. 7 Frauen haben 9mal nach der Operation normal geboren, wobei es in 1 Falle nach der zweiten Geburt zu einer Gebärmuttersenkung jedoch mit erhaltener Anteversio kam. Insgesamt berechnet, kam es also in 2 Fällen (6,8%) zu einem Rezidiv. Hernien wurden nicht beobachtet. *Krinsky.*

Mendes de Leon, M. A.: Die Operation von Alexander Adam. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Tweede helft Jg. **1913**, Nr. 23, S. 1924—1947. 1913. (Holländisch.)

Nach ausführlicher kritischer Besprechung der Alexander Adamschen Operation und der Konkurrenzverfahren kommt Verf. zu dem Schluß, daß diese Operation bei beweglicher Retroflexion die besten Resultate gäbe und mit den geringsten Gefahren verbunden sei.

Er selbst verfügt über 132 Fälle, die alle gut verlaufen sind. 15 Patientinnen sind später schwanger geworden, bei keiner traten Störungen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt auf. *Stratz.*

Polak, John Osborn: A study of the end-results of the Baldy-Webster operation. (Über die Endresultate der Baldy-Webster-Operation.) Journal of the Americ. med. assoc. Bd. **61**, Nr. 16, S. 1430—1433. 1913.

Die Baldy-Webster-Operation ist eine abdominale Operation der Retroflexio uteri. Sie besteht darin, daß der Uterus in Anteflexion gebracht wird. Die beiderseitigen Ligamenta rotunda werden mit Pinzetten gefaßt, jederseits durch einen Schlitz des Ligamentum latum durchgeführt und auf der Hinterseite des Fundus zusammengenäht und auch gleichzeitig an den Uterus angenäht. Sie sollen auf diese Weise den Uterus dauernd nach vorn halten. Vorbedingung für die Operation ist also außer fester Konsistenz der runden Bänder ein intakter Beckenboden, ein gut entwickeltes Parametrium posterius und ein nicht zu vergrößerter Uterus.

Polak hat die Operation 400mal in 5 Jahren ausgeführt. Die Resultate waren in 50% gut in bezug auf die Lageverbesserung und hiervon waren $^2/_3$ der Fälle auch beschwerdefrei. In einer Anzahl von Fällen war der Uterus seitlich gelagert, in anderen waren Adhäsionen oder Einklemmungen oder Cysten der Ovarien und Tuben eingetreten, Ödeme der runden Bänder,

32 mal war der Uterus wieder zurückgefallen und 14 mal waren neue Operationen wegen späterer Veränderungen erforderlich, 30 mußten Pessarien tragen, 22 abortierten später, 20 gebaren normal, wovon aber 14 in den ersten Monaten der Schwangerschaft schwer litten.
Czempin (Berlin).

Reich, A.: Perineorrhaphy retractor. (Retractor zur Perineorraphie.) Med. rec. Bd. 84, Nr. 20, S. 897. 1913.

Bogenartiges, federndes Instrument aus Bronzedraht. An beiden Enden scharfe, nach außen ragende Spitzen, mit Scheiben zur Verhütung tieferen Eindringens montiert. Eventuell ist die Federung des hufeisenförmigen Drahtbogens in der Mitte durch mehrmalige, spiralige Drehung verstärkt. Die scharfen Spitzen werden über den letzten Karunkeln angelegt, die Vulva durch den Federdruck sehr übersichtlich entfaltet. Für die hintere Kolporraphie ein besonderer selbsthaltender Retractor. Auch bei Inguinalhernien zu verwenden. Fabrikanten: Kny-Scheerer-Company. *Mohr* (Berlin).

Dickinson, Gordon K.: Diagnostic hysterotomy. (Diagnostische Hysterotomie.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 5, S. 890—902. 1913.

Das Curettieren ist unzulänglich, es ist auch nicht immer Gelegenheit zur Untersuchung des Curettierten. Die Curette ist gefährlich wegen leichter Perforationsmöglichkeit und Verschleppung von bakteriellem oder malignem Material in die Blut- und Lymphbahnen; die Curettage ist oft unvollkommen, es bleiben leicht Teile des Endometriums stehen, besonders können gestielte Polypen und Deciduateilchen der Curette entgehen. Einige eklatante Beispiele. Nach Erschöpfung aller Untersuchungsmethoden soll man auch die explorative Hysterotomie heranziehen. 27 Fälle, davon 6 vaginal, 21 abdominell hysterotomiert. Daß ein gravider Uterus hysterotomiert wird, kann vielleicht einmal eine dann nicht vermeidbare Fehldiagnose verschulden. Gute Naht ist bei der Technik sehr zu beachten. Historischer Überblick, hauptsächlich amerikanische und französische Literatur; schließlich Angabe der Fälle, nur Diagnosen. Die Indikation kann nicht scharf umschrieben werden, sondern bleibt dem subjektiven Ermessen überlassen. *Schröder* (Rostock).

Adnexe, Beckenbindegewebe:

Werneck, Carlos: Über Ovarientransplantation. Brazil-medico Jg. 27, Nr. 6, S. 15—53. 1913. (Portugiesisch.)

Verf. tritt, angeregt durch einen Besuch der Klinik Tuffier in Paris, für die extraperitoneale Überpflanzung menschlicher Ovarien bei strikter Indikation ein und führt kurz die bisherigen erfolgreichen Fälle an. *Schmid* (Prag).

Schiller, Ignaz: Über somatische Induktionen auf die Keimdrüsen bei den Säugetieren. Mitteilg. 1. Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organism. Bd. 38, H. 1, S. 136—143. 1913.

Bereits früher hat der Verf. an wirbellosen und an niederen Wirbeltieren und nunmehr auch an Säugetieren die spezifische Sensibilität der Keimdrüsen und der Keimzellen gegenüber somatischen Induktionen experimentell nachgewiesen.

Zehn weißen Mäusen wurde je eine hintere Extremität am Oberschenkel abgebunden und die Tiere nach 24—36 Stunden getötet; zehn andere Tiere dienten zur Kontrolle. In den Ovarien der Kontrolltiere fand sich 1% abnormer Eizellen, in den induzierten Ovarien 76% degenerierte Eier, außerdem Pyknose der Kerne der Follikelepithelzellen und hyalines Protoplasma.

Schiller nimmt an, daß durch die langdauernde Stauung toxische Substanzen im Blut entstanden sind, zu denen die Keimzellen eine besondere Affinität besitzen. Hinweis auf die Avidität des Gehirns und der Rückenmarksganglien wie ganz junger Hühnerkeimzellen gegenüber dem Tetanusgift, auf die Versuche über die Übertragbarkeit des Verbrennungsgiftes und auf die durch Blutstauung im menschlichen Organismus entstehenden Veränderungen (Hämolyse, Vermehrung von Albumin im Blute. Konzentration von Harnstoff). *Weishaupt* (Berlin).

Darnall, Wm. Edgar: Sudden severe hemorrhage into an ovarian cyst following delivery. (Ein plötzlicher heftiger Bluterguß in eine Ovarialcyste nach der Entbindung.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 5, S. 981—986. 1913.

26jährige Wöchnerin, die 4 Tage nach völlig normaler Entbindung plötzlich ohne irgendwelche Symptome einen schneidenden Schmerz in der unteren linken Leistengegend verspürte. Der Puls stieg auf 140, die Temperatur sank auf 97° herab. Der Gesamtzustand ließ eine Lungenembolie oder eine innere Blutung befürchten. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie zeigte sich der Uterus gut kontrahiert; das rechte Ovarium enthielt eine walnußgroße Cyste, der Appendix war normal, wurde jedoch entfernt. Das linke Ovarium war zur ungefähren Größe eines Kopfes angewachsen, dunkel verfärbt und drückte so intensiv auf das S romanum, daß dessen Lumen vollständig zusammengepreßt war. Eine Stieldrehung bestand nicht, die Cyste war unilokular und mit dickem dunklem Blut gefüllt. Beide Ovarien und Tuben wurden abgetragen. Heilung glatt. *Burk* (Stuttgart).

Tédenat: Rupture des kystes de l'ovaire. (Ruptur der Ovarialcystome.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, H. 11, S. 646—659. 1913.

Die Ruptur der Ovarialcystome ist nicht selten, sie kann ungefährlich sein, kann aber auch schwere peritonitische Erscheinungen verursachen. Alle Arten von Cysten können bersten — Mitteilung von 9 Fällen —; gefährlich sind diejenigen, deren Epithel auf dem Bauchfell sich einpflanzen und weiter wachsen kann, wie die Pseudomyxome und Papillome. Selten geben die Dermoide Anlaß zu Proliferationen auf dem Bauchfell. *Klein* (Straßburg i. E.).

Horwitz, R. E., und Obolensky, N. A.: Zur Kasuistik der Riesengeschwülste der weiblichen Geschlechtssphäre. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynaekol. Jg. **28**, Heft 11, S. 1528—1540. 1913. (Russisch).

Fall I: 43jährige Pat. 5 Partus. Seit 4 Jahren Zunahme des Abdomens. Momentane Beschwerden: Atemnot. Diagnose: Kombination eines Uterusmyoms mit Ovarialcyste. Laparotomie ergab einen harten Tumor, von der hinteren Cervixwand ausgehend, extraperitoneal gelagert. Verwachsung mit Fl. sigmoidea, linken Ureter, der durch Druck des Tumors in einen Hydroureter verwandelt wurde. Heilung per primam. Gewicht des Tumors 17 kg. Mikroskopisch besteht der Tumor hauptsächlich aus Bindegewebe. Erweiterte Lymphräume. Diagnose: Fibroma uteri retro-cervicale lymphangiectodes. Besonderheit des Falles die extraperitoneale Lagerung, was durch die Entwicklung des Tumors aus der hinteren Cervixwand sich erklären läßt. Schwierigkeit der Differentialdiagnose von Ovarialcysten. Fall II: 38jährige VI-Para. Letzter Partus vor 6 Jahren. Seitdem Leibschmerzen, Größerwerden des Abdomens, seit 2 Jahren rasches Wachstum. Diagnose: Ovarialcyste. Laparotomie: Cystisches subseröses Myom des Uterus. Verwachsungen mit Netz. Glatte Genesung. Gewicht des Tumors 22 Pfund. Fall III: 30jährige IV-Para. Letzter Partus vor 6 Wochen. Bald nach dem Partus Leib wieder groß geworden. Jetzige Größe entspricht dem X. Graviditätsmonat. Atemnot, Obstipatio. Die Operation ergab Verwachsungen mit Leber und Netz. Durch Punktion entleerte sich 22 600 g colloidale Flüssigkeit. Linksseitige Ovarialcyste. Glatter Verlauf.

A. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Diagnose kann bei Riesengeschwülsten meistens nur die Operation feststellen. 2. Bevorzugung der Laparotomie vor einer vaginalen Operation und 3. Sorgfältiges Peritonealisieren, was Ileus und Sepsis vorbeugt. *Ginsburg.*

Valdés, jun., G.: Große multiloculäre Ovarialcyste. Rev. de la soc. méd. Argentina Bd. **21**, Nr. 121, S. 504—520. 1913. (Spanisch.)

Unter Lokalanästhesie einer 52jährigen exstirpiert. Inhalt 14 l gallertartiger Flüssigkeit. Umfang 120 cm. Heilung. *Michael* (Leipzig).

Möller, O.: Ein Fall von Struma ovarii cystica. (Ver. f. Gynaekol. u. Obstetr., 79. Sitz.) Ugeskrift for Læger Jg. **75**, Nr. 50, S. 2017—2018. 1913. (Dänisch.)

Tumor straußeneigroß von der Kategorie, wie sie von v. Kahlden und Gottschalk unter dem Namen des Folliculoma malignum beschrieben sind. Die Patientin war ein halbes Jahr nach der Operation gesund, und bei Untersuchung wurde kein Rezidiv gefunden. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Klein, Gustav: Über eine bisher nicht bekannte Funktion maligner Ovarialtumoren. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1, S. 132—136. 1913.

Verf. hat bei der mikroskopischen Untersuchung zweier maligner Ovarialpapillome dicht unter dem Oberflächenepithel der Zotten und zwar nur hier, eine seröse Durch-

tränkung des Bindegewebes nachgewiesen. Dieselbe soll einer resorbierenden Tätigkeit der Geschwulstepithelien ihren Ursprung verdanken, die aus dem Lymphraume der Bauchhöhle Flüssigkeit aufnehmen. Die letztere könnte möglicherweise einen toxischen Einfluß auf den Tumor haben. Von diesem Gesichtspunkte aus wäre die Entstehung des Ascites bei bösartigen Geschwülsten als eine Abwehrvorrichtung des Organismus aufzufassen, bestimmt, den Tumor zu vernichten. Somit müßte auch die subcutane Injektion der Ascitesflüssigkeit maligner Tumoren als rationelle therapeutische Maßregel erscheinen. *Rittershaus* (Koburg).

Mériel, E.: Tumeurs fibro-kystiques juxta-utérines des deux ligaments larges et myome utérin oedémateux. (Fibro-cystische Tumoren neben dem Uterus in den Ligg. lata kombiniert mit ödematösem Uterusmyom.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 2, Nr. 4, S. 407—411. 1913.

33jährige Frau leidet seit 4 Jahren an Leibschmerzen, seit 3 Jahren ist die Periode unregelmäßig und seit 3 Monaten bestehen starke, dauernde Metrorrhagien und hochgradige Anämie. Großer, wenig beweglicher Tumor im Unterleib, der in der Mitte fest und nach den Seiten zu fluktuierend ist. Laparotomie: Großer fibromatöser Uterus seitlich übergehend in vielcystische, in die beiden Ligg. lata eingelagerte, fluktuierende Tumoren, denen die Ovarien und Tuben aufliegen. Tiefe subtotale Uterusexstirpation. Gewicht der Tumoren 2500 g. *Eckert* (Dortmund).

Van Sweringen, Budd: Conservatism in operations for acute inflammatory pelvic disease. (Konservatismus bei Operationen wegen akut-entzündlicher Beckenerkrankung.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68**, Nr. 5, S. 872—880. 1913.

Empfehlung eines mehr konservativen Vorgehens bezüglich der Entfernung der Adnexe bei operativen Eingriffen wegen akut-entzündlicher Beckenerkrankungen, da sehr oft mit der Entfernung und Drainage eitriger Herde im Becken, die nur sekundär erkrankten Tuben und Ovarien vollständig ausheilen können. Sollten als Folge chronische Entzündungszustände mit subjektiven Beschwerden und Funktionsstörungen später einen operativen Eingriff indizieren, so läßt sich auch dieser dann durch Lösung von Adhäsionen usw. sehr viel konservativer gestalten, als es im akuten Stadium möglich ist, worunter Verf. das Stadium verstanden wissen will, wo die Allgemeinerscheinungen der Infektion abgeklungen sind. *Vaßmer* (Hannover).

Monteverde, V.: Behandlung der Hämatocele des Beckens. Rev. de la soc. méd. Argentina, Bd. **21**, Nr. 121, S. 483—503. 1913. (Spanisch.)

Nicht ausnahmslos ist Schwangerschaft die Ursache. Seltene Fälle andrer Provenienz (Tuberkulose, Carcinom der Adnexe, Blutcyste des Ovarium usw.) sind berichtet. Bei großen, überschwemmenden Blutungen ergibt Zuwarten schlechte Resultate. Hier wichtigster Grundsatz der operativen Technik: Schnelligkeit. Wo die starke Blutung schon ein wenig zurückliegt, ist „bewaffnetes Abwarten" mit symptomatischer Ordination gerechtfertigt. Sobald Abkapselung (eigentliche Hämatocele). Exspektativverfahren bei kleineren Ergüssen ohne bedrohliche Nebenerscheinungen. Dawreignes Vorschlag der Überwachung des Hämoglobingehaltes kann wichtige Dienste leisten. Soziale Indikation bei Operation (Abkürzung langwierigen Krankenlagers) oft anzuerkennen. Allgemeine Operationsanzeige: fehlende Resorption, Nachblutungen, Suppuration. Wie soll operiert werden? Bei großen, frischen, freien Blutungen Laparotomie; bei sehr großer abgekapselter Hämatocele oder wo Resorption nicht abzuwarten: Kolpotomie. Einwand lückenhafter Asepsis der Scheide theoretisch, nicht durch die praktischen Erfolge begründet; wo diesbezügliche Bedenken, gibt gerade Kolpotomie ausgezeichnete Drainagegelegenheit. Bei abgekapselter Hämatocele mit Nachblutungen: Laparotomie, oder bei genügender vaginaler Technik: radikale Kolpotomie. Bei infizierter Hämatocele: Kolpotomie Methode der Wahl. Bei extraperitonealem Sitz und enger Beziehung zur Vagina: Kolpotomie, wenn von der Vagina nicht zu erreichen: möglichst extraperitoneale Laparotomie. *Michael* (Leipzig).

Bauchorgane:

Hellendall: Beitrag zur gynaekologischen Laparotomie auf Grund des 5 Jahres-Berichtes über seine größeren Operationen. (*Priv.-Frauenklin. v. Hellendall, Düsseldorf.*) Klin.-therapeut. Wochenschr. Jg. 20, Nr. 44, S. 1333—1338 u. Nr. 45, S. 1372 bis 1379. 1913.

Vaginal wurde 30 mal, abdominal dagegen 180 mal operiert wegen der besseren Übersicht und der Möglichkeit, den Blinddarm zugänglich zu machen. 5 Todesfälle, 4 davon bei Laparotomie. Die Colpotomia anterior wurde gegenüber der posterior bevorzugt (26 : 4). — Die Freund - Wertheimsche Plastik befriedigte mehr als die verstümmelnde vaginale Totalexstirpation. — Die Alexander - Adamsche Operation war ein Prüfstein für die Asepsis (Catgut!) (53 Fälle). Bei Plastik muß der Uterus gehoben und nach vorn gebracht werden. — Bei Pyosalpinx (39 Fälle) möglichst konservatives Vorgehen. Laparotomie nur im fieberfreien Stadium. Doppelseitigkeit überwog (22). — 24 Fälle von Perioophoritis und Salpingitis, 7 davon mit Appendektomie. — 19 reine Appendektomien, eine im 2., eine im 4., eine im 6. Schwangerschaftsmonat. Die beiden letzten Schwangerschaften blieben erhalten. Bei wiederholtem Anfall in der Schwangerschaft, bei Rezidiv vorher und bei der abscedierenden Form sollte unverweilt operiert werden; jedoch möglichst kein geburtshilflicher Eingriff. — 17 operierte Cystome. Einmal fehlten die linken Adnexe [angeboren?). Zweimal Stieldrehungen. — 9 Myome abdominell entfernt. (7 supravaginal amputiert, 2 mit Totalexstirpation.) — 1 Chorionepitheliom und 5 gewöhnliche Carcinome abdominell totalexstirpiert, letztere nach Wertheim. Patientin mit Chorionepitheliom geheilt, dgl. 2 Patienten mit Carcinom bis jetzt (5 J.) rezidivfrei. Wichtig ist nicht überstürzte Vorbehandlung. — 10 wegen Tubargravidität Laparotomierte geheilt (3 davon Hämatocelen). In 3 Fällen Gebärfähigkeit erhalten. — Auch bei flächenhaften Verwachsungen von Darm und Netz Operation empfehlenswert (4 von 9 Fällen geheilt). — Operation der Diastase der Recti in 2 Fällen mit Erfolg zur Behandlung des Hängebauchs und der Enteroptose ausgeführt. — 3 Fälle tuberkulöser Bauchfellentzündung; bei einem mit hohem Fieber Genesung nach Laparotomie. — 5 Bauch-, 4 Leistenbrüche glatt geheilt. — Verf. wendet Inhalationstropfnarkose (zuerst Chloroform-Chloral, dann Äther) an. $^1/_2$ Stunde vorher 0,01, bei Beginn der Operation 0,005 Morphium. Händedesinfektion modifiziert nach Fürbringer. Gummi-, darüber Zwirnhandschuhe. Jodtinkturdesinfektion der Haut. Bauchhöhle gewöhnlich durch Längsschnitt eröffnet; Mobilisieren der Recti. Wallartiges Zusammenziehen der Haut durch Pflasterstreifen. Nahtmaterial nur Kuhn-Catgut. Nach der Operation in Beckenhochlagerung Erhöhen des Bettkopfendes und zweistündlich erneuerter heißer Umschlag auf die Wunde. Aufstehen am 12. Tag. Nur 1 Lungenembolie bei großen Varicen der V. saphena, auf die vor der Operation geachtet werden sollte. *Wolff* (Königsberg Pr.).

Smead, Louis F.: A review of the plastic method of closing ventral herniae. (Eine Statistik der verschiedenen plastischen Methoden zum Verschluß von Ventralhernien.) (Transact of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16., 17. u. 18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 5, S. 996—1009. 1913.

Smead empfiehlt für alle gewöhnlichen Umbilical- und Ventralhernien als Methode der Wahl die exakte Etagennaht der Bruchpforte oder die Mayosche Operation. Bei übergroßen Brüchen ist die Naht mit Draht zu empfehlen. In Zukunft wird die freie Fascientransplantation an ihre Stelle treten. Im Kindesalter sind größere Ventralhernien seltener und ihre Operation nicht ungefährlich. Die kleineren Nabelhernien lassen sich nach Excision des Bruchsackes mit oder ohne Naht der Bruchpforte schließen. *Vogt* (Dresden).

Gane, Edward: A case of strangulated inguinal hernia in an old insane woman, with gangrene of the bowel; enterotomy; recovery. (Über einen Fall von eingeklemmter Hernie bei einer alten geisteskranken Frau mit Gangrän der Darmschlinge. Enterostomie, Heilung.) St. Bartholomew's hosp. journal Bd. 21, Nr. 3, S. 43—44. 1913.

Inhalt ergibt sich aus Überschrift. Hinweis auf die Schwierigkeit der Diagnose und Nachbehandlung bei Geisteskranken. *Schmidt* (Tübingen).

Lebedeff, G. I.: Radikaloperation der Herniae lineae albae nach Menge. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynaekol. Jg. 28, H. 11, S. 1541—1647. 1913. (Russisch.)

38jährige Pat. 11 Partus. Letzter Partus vor 5 Jahren. Schon nach dem ersten Partus merkte Pat. eine leichte Anschwellung links und unterhalb des Nabels. Nach jeder folgenden Geburt wurde die Ausstülpung größer, jetzt entspricht sie der Kopfgröße eines Neugeborenen.

Anfallsweise heftige Schmerzen, Temperaturanstieg. Operation: Querschnitt durch den Höhepunkt der Hernie, 25 cm lang. Auslösung des Bruchsackes, Eröffnung des Peritoneums. Bruchinhalt: Netz und Darm. Bruchsack und atrophisches Gewebe samt Haut entfernt. Freilegung der Ränder der M. recti, Auslösung derselben aus ihren Scheiden. Das hintere Aponeurosenblatt atrophisch. Etagennaht. I. Etage: Naht des Peritoneums in Längsrichtung. II. Etage: Naht der M. recti in Längsrichtung. III. Etage: Das vorher quer gespaltene Blatt der vorderen Aponeurose in Querrichtung vernäht. Heilung per primam. Autor betont die Notwendigkeit einer sorgfältigen Naht der Wunde. Die Methode nach Menge gab immer sehr gutes Resultat. *Ginsburg* (Breslau).

Farrar, Lilian K. P.: Hernia of the uterus and both adnexae. With report of a case. (Bericht über einen Fall von Hernie des Uterus und beider Adnexe.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17**, Nr. 5, S. 586—597. 1913.

Bei einer 32jährigen V-Para tritt in der 2., 3. und 5. Gravidität eine Geschwulst in der linken Inguinalgegend auf, um jedesmal nach verschieden langem Bestehen nach der Geburt vollständig zu verschwinden. 8 Tage nach der letzten Geburt wird die Geschwulst von neuem bemerkt, wird nach einigen Wochen irreponibel und schmerzhaft. Die Untersuchung ergibt einen linksseitigen Leistenbruch mit dem Uterus samt den beiderseitigen Adnexen als Inhalt. Die Operation (Reposition, Durchtrennung des verdickten Lig. rot., Bassini) bestätigt die Diagnose. *Hall* (Graz).

Caballero, J. M.: Doppelseitige Leistenhernie, enthaltend die mißbildeten inneren Genitalien. Rev. de la Soc. méd. Argentina Bd. **21**, Nr. 120, S. 386—391. 1913. (Spanisch.)

18jähr. Mädchen, Siebenmonatskind, nie menstruiert, operiert wegen doppelseitiger irreponibler, hühnereigroßer Leistenhernie. Inhalt jederseits ein rudimentärer Uterus mit je einer Tube und einem gut ausgebildeten Ovar. Die beiden Uteri besitzen weder Hohle noch Schleimhaut. Vagina 1 cm lang. Es war nicht möglich, zu entscheiden, ob rudimentärer Uterus didelphus, pseudodidelphus oder bipartitus. Die Hernie war zweifellos angeboren, obgleich die Anamnese versagte. *Michaud* (Leipzig).

Teixeira, Amaro: Radikale Spontanheilung einer Inguinalhernie durch Nekrose im Wochenbett. Brazil-medico Jg. **27**, Nr. 16, S. 153—154. (Portugiesisch.)

VII-Para erkrankt kurze Zeit nach der letzten Geburt an Incarceration einer linksseitigen Inguinalhernie, welche seit 6 Jahren, ohne Beschwerden zu verursachen, bestanden hatte. Taxis gelingt nach mehrfachen Versuchen; Operation war nicht als dringend angesehen worden, da kein vollständiger Darmverschluß bestand und da Pat. Wöchnerin war. Einen Monat später analoge Erscheinungen; nach Taxis tritt eine ausgedehnte Eiterung im Bereiche des Bruches auf, welche nach Incision unter Abstoßung nekrotischen Gewebes zur Heilung kommt. Nach vollendeter Vernarbung zeigt sich, daß die Hernie vollständig verschwunden und die Bruchpforte so fest verschlossen ist, wie nach gelungener Operation. *Schmid* (Prag).

Murphy, John B.: Abdominal fecal fistula following puncture of uterus by curet and drainage of retro-uterine abscess. Remarks on use of curet. Resection of bowel. End-to-side suture. Anastomosis. (Bauchdeckenkotfistel im Anschluß an eine Uterusperforation mit der Curette. Darmresektion, seitliche Anastomose.) Surg. clin. of John B. Murphy Bd. **2**, Nr. 5, S. 895—905. 1913.

Bei einem Curettement des Uterus war dieser perforiert worden und eine Darmschlinge war durch die Perforationsöffnung in die Vulva hineingezogen worden. Im Anschluß daran hatte sich ein peritonealer Absceß im Douglas gebildet, der eine Laparotomie notwendig machte. Es blieb indes eine Kotfistel in der Bauchwand bestehen, welche einige Monate später von M. durch M. operiert. Der Dünndarm war mit der Fistel adhärent, sowie mit dem Douglas. Der Darm wurde reseziert und eine seitliche Anastomose gebildet. M. beschreibt ausführlich den Gang der Operation und eine Kasuistik von 2 weiteren ähnlichen Fällen. *Czempin.*

Vautrin: Les kystes dermoïdes du cul-de-sac vésico-utérin. (Die Dermoidcysten der Excavatio vesico-uterina.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, H. 11, S. 637—645. 1913.

An der Hand von 4 Fällen von Dermoidcysten des vorderen Douglas bespricht Verf. das klinische Bild und topographische Verhalten dieser Tumoren, welche von der Serosa der Excavatio vesico-uterina ausgehen, daher bei ihrem Wachstum in die freie Bauchhöhle den Uterus nach hinten drängen und unter Emporziehen der Blase meist in innigen Kontakt mit der vorderen Bauchwand treten, wodurch es leicht bei der Entfernung dieser Tumoren per laparotomiam zu unfreiwilligen Blasenverletzungen kommt und die Eröffnung der freien Bauchhöhle oft nur hoch oben oberhalb der Tumorkuppe möglich ist. Je nach der mehr oder weniger oberflächlich auf oder unter der Serosa gelegenen

Ausgangsstelle und Größe des Tumors wechseln die meist von Blase und Uterus ausgehenden klinischen Symptome. Eine ernste Komplikation bedeutet hierbei die auch in 2 von Verf. Fällen eingetretene Vereiterung (einmal nach Typhus) des Tumors und Perforation in die Blase. Die Diagnose wurde in Verf. Fällen vor der Operation jedesmal aus dem typischen Sitz des Tumors und außerdem zweimal aus dem mit dem Urin entleerten, charakteristischen Dermoidbrei: Fett und Haare, gestellt. In 1 Fall wurde zugleich ein kleines Dermoidcystom des linken Ovarium unter Erhaltung des Organes selbst ausgeschält, was Verf. für alle kleineren Dermoide der Ovarien empfiehlt. In 1 Fall mußte durch vaginale Eröffnung der Blase später noch ein feigengroßes, z. T. inkrustiertes, abgestorbenes Gewebsstück entfernt werden, welches durch die Perforationsöffnung aus dem Tumor in die Blase gelangt war. Alle Fälle kamen z. T. unter Drainage mit primärer Verheilung der Blasenperforationen und Schnitte zur Heilung.

Vaßmer (Hannover).

Pantzer, Hugo O.: Fibroma of the intestine, eventuating in intussusception and obstruction. (Fibrom des Darmes, das Intussuszeption und Obstruktion zur Folge hat.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 5, S. 955—956. 1913.

Bei einem 15jährigen Mädchen trat nach mehrfachen Darmbeschwerden das Bild des akuten Darmverschlusses ein, als dessen Ursache sich beim operativen Eingriff eine Intussuszeption am unteren Ileumende ergab, kompliziert mit einem eiförmigen $1^1/_2$ Zoll dicken, $2^1/_2$ Zoll langen Myom. *zur Verth* (Kiel).

Patzek, P.: Ein Fall von Pseudomyxombildung nach Appendicitis. Dissertation: Breslau 1913.

Lahoz, I.: Appendicitis in eingeklemmter Hernie. Rev. méd. del Rosario Jg. **3,** Nr. 2, S. 89—92. 1913. (Spanisch.)

Klinisch bestanden seit längerer Zeit Symptome, die durch die Hernie allein nicht zu erklären waren. Inhalt: Gangränöser Wurmfortsatz. Amputation. Heilung. *Michael* (Leipzig).

Lott, H. S.: Appendicitis in young women. (Wurmfortsatzentzündung bei jungen Mädchen.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. **68,** Nr. 5, S. 988—995. 1913.

Kardinalsymptome in der Diagnose von Wurmfortsatzentzündung und Adnex-Erkrankungen sind Schmerz und Nausea. Der Schmerz bei Wurmfortsatzentzündung, mag er plötzlich oder allmählich einsetzen, ist konstant, mit geringem Nachlassen vielleicht, aber ununterbrochen anhaltend, begleitet von Nausea und oft von Erbrechen. Der Schmerz der Adnexe ist nicht beständig, sondern rhythmisch, aussetzend und austreibend (expulsive). Die Übelkeit entsteht beim Höhepunkt des Schmerzes und hält vielleicht an während des Schmerzintervalls. Außerdem sind Morris' „pair of points" zur Differentialdiagnose verwendbar: Ist tiefer Druck beiderseits des Nabels empfindlich, so deutet das Erkrankungen der Tuben oder Ovarien an; ist nur der Druck an der rechten Seite schmerzhaft, so spricht das für Appendicitis. 2 Fehldiagnosen trotz Benutzung dieser Zeichen werden mitgeteilt. Von den Operationsverfahren sind solche vorzuziehen, die möglichst kleine wunde Flächen zur Adhäsionsbildung schaffen und die das Lumen des Darmes vermindern. *zur Verth* (Kiel).

Schwartz, Anselme: La crise d'appendicite aiguë et son traitement. (Die Behandlung der akuten Appendicitis.) Tours méd. Jg. **9,** Nr. 9, S. 187—189. 1913.

Verf. behandelt den akuten Anfall zunächst konservativ. Bettruhe, Eisblase, Wasserdiät. Keine Darmmittel, nach 8 Tagen Ricinus. Vom 3. Tag an Tee und Bouillon, nach erfolgtem Stuhlgang mehr. Bei Fortbestehen der akuten Erscheinungen und bei Rezidiv Operation. *Schmidt* (Tübingen).

Marquis: Deux cas congénitaux d'abouchements anormaux du rectum. (Zwei Fälle von kongenitaler anormaler Mündung des Rectum.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Bd. **39,** Nr. 34, S. 1425—1428. 1913.

Gefährlich ist bloße Senkung des Rectums ohne Verschluß der Kommunikation

mit Blase oder Ureter, in der die Hauptgefahr liegt. Dauernder Abgang von Stuhl mit dem Urin spricht für Rectum-Blase-, reiner Urinabgang mit Stuhlentleerung durch die Harnwege in den Miktionspausen für Rectum-Ureter-Kommunikation. Bei den anormalen Rectalmündungen anderer Art, z. B. den vaginalen, ist lediglich mehrfache Wiederholung der ja stets im keimhaltigen Gebiete ausgeführten Naht zu befürchten. *Mohr* (Berlin).

Schmidt, Ferdinand: Über Rectalgonorrhöe bei Prostituierten. (*Krankenh. Eira, Stockholm.*) Dermatol. Zeitschr. Bd. **20**, H. 12, S. 1065—1077. 1913.

Auf Grund seiner 161 Fälle von Rectalgonorrhöe bei Prostituierten kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Rectalgonorrhöe ist keine so chronische Krankheit, wie im allgemeinen angenommen wird, sondern kann in vielen Fällen in 14 Tagen bis zu 6 Wochen geheilt werden. Sie ist eine oft bei Prostituierten vorkommende Krankheit. Im Laufe der Untersuchung der Fälle des Verf. ist nichts zutage getreten, was die Annahme unterstützt, daß die Reinfektion der Genitalien durch Überfließen von gonorrhoischem Sekret aus dem Rectum geschieht, dagegen spricht sehr viel dafür, daß dies nicht der Fall ist. Daß die Entstehung auf mechanischem Wege vermittels Finger, Papier im Klosett usw. geschehen kann, ist möglich, aber ganz sicher selten. Das Probenehmen vom Rectum im Prostitutionsbureau dürfte deshalb ohne größeren Schaden unterbleiben können. *Runge* (Berlin).

Harnorgane:

Knorr, Richard: Vierter Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Berlin vom 28. September bis 1. Oktober 1913. Zeitschr. f. gynaekol. Urol. Bd. 4, H. 5, S. 201—213. 1913.

Vas, Bernát: Über die Albuminurien vom Standpunkt der ärztlichen Praxis. Orvosképzes Jg. **3**, H. 8/10, S. 843—863. 1913. (Ungarisch.)

Verf. macht auf die nicht auf Nierenentzündungen beruhenden Albuminurien aufmerksam, deren Entstehungsursache man entweder in Kreislaufstörungen oder in der durch verschiedene toxische Stoffe verursachten Irritation des Nierenepithels suchen muß. Eine solche sogenannte physiologische Albuminurie kommt bei jedweder Art des Sportes vor. Hier sind auch die während der letzten Monate der Gravidität und unmittelbar nach der Geburt auftretenden Albuminurien, die nach kalten Bädern, nach psychischen Erregungen, als auch die Albuminurien der Neugeborenen einzureihen. Die orthostatische Albuminurie, die gewöhnlich bei blutarmen, schwach entwickelten, neuropathischen Kindern vorkommt, und ebenso die bei Diabetes ziemlich häufig auftretende Albuminurie beanspruchen besonderes Interesse. *Bogdanovics.*

Curschmann: Hypernephroma malignum. (Ärzt. Kreisver., Mainz, Sitzg. v. 18. X. 1913.) Münch. med. Wochenschr. Jg. **60**, Nr. 49, S. 2761. 1913.

Tumor der rechten Niere mit zahlreichen Metastasen in der Lunge. Diagnose intra vitam unmöglich. *Runge* (Berlin).

Kusnetzky, D. P.: Nephro-Ureteroektomie. (Sitzung der geburtsh.-gynaekolog. Gesellschaft in St. Petersburg, April 1913.) Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynaekol. Jg. **28**, Heft 10, S. 1470—1476. 1913. (Russisch.)

Ein Fall von Nephro-Ureteroektomie infolge Pyonephrose und Pyoureter durch Verletzung des Ureters nach vor 5 Jahren stattgefundener supravaginaler Uterusamputation. Einige Tage nach der Operation eiterte die Bauchwunde. Es bildete sich eine Blasenscheidenfistel, die sich bald wieder schloß, nachdem 6 Monate lang eitriger Urin, hin und wieder Abgang von Seidenfäden mit dem Urin. Klagen über Harndrang, Schmerzen in der linken Leibseite. Cystoskopie ergab eine Striktur des Ureters, Nichtfunktionieren der linken Niere. Operation: Ureter $1^1/_2$ Finger dick. An der Stelle der Kreuzung mit der Art. iliaca mit derselben verwachsen. Entfernung der pyonephrotischen Niere samt dem Ureter bis zur Strikturstelle. Prima intentio. Klarer Urin. Gutes Befinden. *Ginsburg* (Breslau).

Boeckel, André: Guérison d'une fistule rénale consécutive à une néphrolithotomie par le cathétérisme urétéral à demeure. (Heilung einer Nierenfistel nach einer Nephrolithotomie durch Dauerkatheterismus des

Ureters.) Rev. prat. des malad. des organ. génito-urin. Jg. **10,** Nr. 59, S. 349 bis 362. 1913.

43jährige Frau. Die hartnäckige linksseitige postoperative Nierenfistel, die jeder Behandlung trotzte, schloß sich erst nach längerem Dauerkatheterismus des linken Ureters. Der Katheter lag einmal einen Monat lang, dann wieder nach Neuaufbrechen der Fistel 23 Tage. Durch den Katheter wurde täglich gespült, anfangs mit Argent.-nitric.-Lösung 2 : 1000, dann mit Collargol. Die Patientin wurde vollkommen geheilt, auch die linke Niere funktionierte gut.

Eine Hauptbedingung zur Heilung ist, daß das erkrankte Nierenbecken nicht zu stark vergrößert ist und daß man den Katheter auch noch einige Tage nach dem Schluß der Fistel liegen läßt, um ein Wiederaufgehen derselben zu verhüten. Darauf muß man die Patienten noch längere Zeit unter Kontrolle halten und anfangs öfter, später seltener das Nierenbecken spülen, bis der Urin klar wird. Boeckel erreichte durch diese Spülungen auch, daß der Residualurin im unteren Pol des Nierenbeckens auf ein Minimum reduziert wurde. Anzuraten ist der Dauerkatheterismus nach Operationen nur, wenn die andere Niere nicht ganz sicher gesund ist oder der Pat. die radikale Entfernung der kranken Niere verweigert, sonst wird immer die Nephrektomie das beste sein. *Bretz* (Bonn).

Hartmann, J. P.: Über die extravesicale Ausmündung der Harnleiter bei Frauen. (Ver. f. Gynaekol. u. Obstetr., 80. Sitz.) Ugeskrift for Læger Jg. **75,** Nr. 50, S. 2023. 1913. (Dänisch).

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **1**, S. 753.

Bugbee, Henry G.: The relief of vesical obstruction in selected cases. (Die Heilung einer Verlegung des Blasenausgangs in bestimmten Fällen.) New York State journal of med. Bd. **13,** Nr. 8, S. 410—417. 1913.

Verf. berichtet über seine guten Erfolge, die er durch Anwendung des Hochfrequenzstromes bei der Behandlung den Sphincter verlegender Blasentumoren erzielte. Er wandte die neue Methode an, weil alle bisherigen Methoden nicht befriedigen konnten. Das Instrumentarium wurde in gleicher Weise angewandt, wie es von Beer für die Hochfrequenzstrombehandlung der Papillome angegeben wurde. Die Resultate werden an 14 ausführlich wiedergegebenen und reich illustrierten Krankengeschichten eingehend besprochen und die Methode als die bisher beste und gefahrloseste empfohlen. *Kneise* (Halle a. S.).

Ashcraft, Leon T.: The value of the d'arsonval current in the treatment of benign and malignant tumors of the urinary bladder through the operating cystoscope. (Über den Wert des D'Arsonvalschen Stromes in der Behandlung von gutartigen und malignen Tumoren der Blase mittels des Operationscystoskops.) Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **17,** Nr. 5, S. 636—641. 1913.

Gestützt auf Experimente und Operationen mit dem D'Arsonvalschen und dem Oudinschen Strome empfiehlt Verf. ersteren zur Behandlung von Blasentumoren: 1. weil er bei gutartigen zuverlässiger ist (mit dem Oudinschen Strom besteht sogar die Möglichkeit eine Begünstigung des Wachstums der Geschwülste); 2. weil er bei nicht ausgesprochen malignen Tumoren sicher günstig wirkt, und 3. weil er bei allen Arten von Tumoren der Blase mehr leistet als die chirurgische Behandlung. Bei evident malignen Geschwülsten ist zurzeit über die Wirkung des D'Arsonvalschen Stromes noch kein definitiver Ausspruch möglich. *Hall* (Graz).

Foster, Nellis B.: Functional tests of the kidney in uremia. (Die funktionelle Prüfung der Nierensekretion bei Urämie.) (*New York hosp. a. dep. of med., Cornell univ.*) Arch. of internal med. Bd. **12,** Nr. 4, S. 452—455. 1913.

Verf. teilt einige Fälle von Urämie mit, bei welchen die funktionelle Prüfung der Nieren in bezug auf Prognosenstellung vollständig im Stiche ließ. Bei 3 Fällen ergab die Sulphonphthaleinmethode 53—63% des Reagens im Harn nach 2 Stunden, doch trat der Exitus in dem einen Fall nach ca. 4 Wochen, im 2. Fall nach 11 Tagen und im 3. Fall nach einigen Stunden ein. In einem 4. Fall wurde die Methode der Bestimmung des Stickstoffes im Blut angewendet; trotz des Befundes von nur 28 mg in 100 ccm Blut starb der Kranke schon nach 5 Tagen. *Hall* (Graz).

Burckhard, Georg: Eine einfache Stromquelle für Cystoskoplampen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1, S. 29—33. 1913.

Als billige und bequeme Stromquelle für das Cystoskop haben sich zwei hintereinander geschaltete Elemente der gewöhnlichen kleinen elektrischen Taschenlampen gut bewährt. Bei mittlerer Benutzung kann man mit 2 Elementen (zum Preise von je 50 Pf.) etwa 1/4 Jahr auskommen. *Knoop* (Duisburg).

Mamma:

Stover, G. H.: Two cases of multiple metastatic bone carcinoma originating in scirrhus of the breast. (Zwei Fälle von multiplem, metastatischem Knochencarcinom, von Scirrhus der Brust ausgehend.) Interstate med. journal Bd. **20**, Nr. 11, S. 1065—1066. 1913.

60jährige und 48jährige Patientin. Carcinommetastasen in Form von Höhlungen in Rippen, Scapula, Clavicula und Processus transversus eines Wirbels, in dem einen Falle auch im Humerus (spontane Fraktur). Scirrhus der Mamma bestand schon vorher. Die Knochenschädigungen manifestierten sich zuerst durch Schmerzen und Steifheit in Rücken und Hals. *Mohr* (Berlin).

Bilsted, E.: Fall von Galaktorrhöe mit Amenorrhöe. (Ver. f. Gynaekol. u. Obstetr., 82. Sitz.) Ugeskrift for Læger Jg. **75**, Nr. 26, S. 1125—1127. 1913. (Dänisch.)

Der Zustand hatte $4^1/_2$ Jahre gedauert, und die Patientin war mit Jod, Eisen und heißen Ausspülungen behandelt worden. Nach der Behandlung mit Bierscher Stauung des Uterus in Zwischenräumen von ca. 5 Wochen, hörte die Galaktorrhöe auf; 4 Monate danach trat die Menstruation wieder ein, und die Patientin war geheilt. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Geburtshilfe.

Allgemeines:

● **Hoeven, P. C. T. van der: Pathologie der Schwangerschaft.** Leiden 1913. 200 S. (Holländisch.)

Fortsetzung der im vorigen Jahre erschienenen geburtshilflichen Operationslehre, enthält reichliche Literaturangaben und viel statistisches, der Leidener Klinik entnommenes Material. Mit Vorliebe werden die eigenen Statistiken in Tabellen mit denen anderer Kliniker zusammengestellt. Besprochen werden Komplikationen, entstanden 1. durch Einatmen von giftigen Gasen; 2. durch im mütterlichen Blut aufgelöste Giftstoffe; 3. durch Infektionskrankheiten; 4. durch andere Krankheiten. Im fünften Abschnitt werden die Anomalien der Genitalien und der umliegenden Organe betrachtet, darunter auch die Entwicklungsstörungen des Uterus. Die kritischen Schlußfolgerungen tragen ein stark persönliches Gepräge. *Stratz.*

Solomons, Bethel: Some sequelae of labour. (Einige Geburtsfolgen.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Bd. **24**, Nr. 1, S. 12—18. 1913.

In einer Statistik von 543 Fällen zeigten nur 40% nach der Entbindung normale Verhältnisse. Unter den anderen 1. Cervixrisse 48,62%, auch häufig bei normalen Entbindungen, vielleicht durch frühzeitigen Blasensprung verursacht? (Colger). Autor plädiert für Naht dieser Risse nur bei Blutung sowie Untersuchung jeder Wöchnerin 2 Monate nach Entbindung. 2. Rückwärtsverlagerungen des Uterus 9,21%, später durch wiederholte Untersuchung bedeutend mehr festgestellt. Therapie: Lageveränderung im Wochenbett, Vermeidung der Blasenüberfüllung, nach Entbindung jeden Monat eine Untersuchung 4 Monate lang. 3. Fehlen der Dammvereinigung. Nach der Geburt ist auf tiefe innere Risse zu fahnden, Silkworm ist dem Catgut vorzuziehen. In der Geburt: Vorbereitung der Scheide auf das Durchschneiden des Hauptes vermittels Kolpeurynters. 4. Subinvolution des Uterus. 27 Fälle. Gesellt sich übelriechender Ausfluß dazu, so ist manuell nachzutasten. (Chorionepitheliom!) Der Wert frühzeitigen Aufstehens ist noch nicht einwandsfrei bewiesen. *Mohr* (Berlin).

Schwangerschaft:

Lazitch, Émilie: Les villosités choriales humaines, leurs formes, leurs modes de ramification. (Die Formen und Verzweigungsarten der menschlichen

Chorionzotten.) (*Laborat. d'histol. norm. et d'embryol., Genèol.*) Bibliogr. anat. Bd. **24,** Nr. 1, S. 37—52. 1913.

Nach Lazitchs Untersuchungen kann es nicht als Regel gelten — wie von den meisten Autoren angenommen wird —, daß die Verzweigungen der Zotten allmählich dünner werden. Es herrscht vielmehr eine Unregelmäßigkeit vor, so daß die Zweige oft dicker sind als der Stamm. Die Zweiteilung ist die häufigste Art der Verzweigung, außerdem kommt Dreiteilung vor. Vielfältigere, doldenförmige Verzweigungen sind sehr selten. Die Verzweigung erfolgt meistens unter einem spitzen Winkel. Zwischen den einzelnen Ästen bestehen zahlreiche Anastomosen. *Holste* (Stettin).

Gammeltoft, S. A.: Untersuchungen über die antiproteolytischen Stoffe des Blutes während der Gravidität. (Ver. f. Gynaekol. u. Obstetr. 83. Sitz.) Ugeskrift for Læger Jg. **75,** Nr. 50, S. 2030. 1913. (Dänisch.)

Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **2,** S. 644. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Wallin, Ivan E.: A human embryo of thirteen somites. (Ein menschlicher Embryo von 13 Ursegmenten.) (*Bellevue hosp. med. coll., New York City.*) Americ. journal of anat. Bd. **15,** Nr. 3, S. 319—331. 1913.

Der Embryo gleicht in der Hauptsache dem von Low beschriebenen Pfannenstiel III. Nach der Fixation und mit dem intakten Amnion mißt er 2,3 mm in der Länge. — Nacken- und Schwanzflexur sind nicht stark ausgeprägt. Lateral vom Dotterstiel kommuniziert die Leibeshöhle des Embryo breit mit dem extraembryonalen Coelom. Das Amnion liegt dem Embryo dicht an. Der mediale Teil der Thyreoidea ist durch eine entodermale Ausstülpung am Grunde des Pharynx angelegt, kranial davon die ersten, caudal die zweiten Kiemenbögen. Der Schlußdarm ist kürzer als der Vorderdarm, sein dorsoventraler Durchmesser weiter als der laterale. Die Allantois wird durch eine Ausstülpung der Bauchwand mit proximal engem und distal weiterem Lumen gebildet. Caudal von dem Divertikel der Allantois erweitert sich der Enddarm zur Kloake. Kloakenentoderm und Körperektoderm bilden zusammen die Kloakenmembran. Der Schwanzdarm ist durch eine Verdickung des Entoderms und Ausstülpung des Ektoderms am caudalen Ende der Kloake angedeutet. — Abgesehen vom caudalen Teil steht die Chorda in naher Verbindung mit dem Darm. Ein deutlicher Chordakanal, wie ihn Mall, Eternod und Grosser beschreiben, ist nicht vorhanden, vielleicht in Bildung begriffen. Die Basalschicht der Chorda geht direkt in das Entoderm des Darmes über. Die Zellen der Somiten sind radiär gestellt. Das pleuroperitoneale Coelom steht in Verbindung mit dem perikardialen und mit dem extraembryonalen Coelom. Die Venen des Allantois verlaufen am offenen Rande des pleuroperitonealen Coeloms. Das Septum transversum wird als einfache Zellschicht von der kranialen Wand des Dotterstiels und dem caudalen Teil des Perikard gebildet. — Das uropoetische System wird durch die pronephrischen Schläuche repräsentiert. Von der hinteren Wand des Bulbus cordis geht ein röhrenartiges Divertikel ab, für das der Autor in der Literatur kein Analogon finden konnte. Der Schlauch wird als ein Rest des Raumes gedeutet, der zwischen den beiden Laminae liegt, die das Herzrohr abtrennen und das Mesokard bilden. Es sind noch zwei andere ähnliche Divertikel vorhanden. Die Angaben über Anlage und Verlauf der Gefäße müssen im Original nachgelesen werden. — Abbildungen von graphischen und von Wachsplattenrekonstruktionen unterstützen die Beschreibung. *Weishaupt* (Berlin).

Hart, D. Berry: On the duration of the interval between insemination and parturition in certain mammals as studied in biometric curves, with special reference to the calculation of the onset of labour in human pregnancy. (Über die Dauer des Intervalles zwischen Eieinbettung und Geburt bei gewissen Säugetieren, studiert an biometrischen Kurven, mit besonderer Rücksicht auf die Berechnung des Geburtsbeginns bei der menschlichen Schwangerschaft.) Transact. of the Edinburgh obstetr. soc. Bd. **38,** S. 107—140. 1913.

Verf. zieht Schlüsse aus schon früher publizierten Kurven von Tessier (für Schafe),

Spencer und Tessier (für Kühe) und von Winckel und Reid (für den Menschen), die abgebildet sind. Er kommt zu dem Resultat, daß sich weder bei Säugetieren noch beim Menschen die Schwangerschaftsdauer genau feststellen läßt, weil der Tag der Konzeption nicht bekannt ist. Anscheinend ist es in jedem einzelnen Fall sehr verschieden, wann das Spermatozoon mit dem Ei zusammentrifft. Außerdem ist auch noch das die Geburt auslösende Moment unbekannt. Beim Menschen kommt man bei der Berechnung des Geburtsbeginns der Wirklichkeit am nächsten, wenn man den ersten Tag der letzten Menstruation als Ausgangspunkt annimmt. Dauert diese Periode jedoch länger als 280 Tage, so darf man nicht von Übertragen des Foetus reden, und das Kind braucht nicht übermäßig schwer zu sein. Verf. leugnet überhaupt das Vorkommen von Übertragen der Frucht. *Lamers* (Amsterdam).

Labusquière, R.: Le diagnostic physiologique de la grossesse d'après la méthode d'Abderhalden. (Die physiologische Diagnose der Schwangerschaft nach der Methode von Abderhalden.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. 10, H. 11, S. 664—666. 1913.

Prinzipien und Technik der Methode. Nichts Eigenes. *Lamers* (Amsterdam).

Wolff, Bruno: Biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft. (*Pathol. Inst., Univ. Rostock.*) Stud. z. Pathol. d. Entwickl. Bd. **1**, H. 1, S. 50—70. 1913.

In dem die Ausführungen einleitenden Teile gibt der Verf. einen Überblick über die phylogenetische Entwicklung der Placentarverbindungen. Die einfachste Form durch Verklebung des Chorions mit der Uterusschleimhaut findet sich beim Schwein; auf höheren Stufen verschwinden die Gewebsschichten, die den Trophoblasten vom mütterlichen Blute trennen, bis schließlich beim Menschen sogar das mütterliche Endothel von fötalen Elementen durchbrochen wird. Trotzdem findet ein direkter Übergang von mütterlichem Blut in den kindlichen Kreislauf nicht statt, wenngleich die Ernährung des Foetus auf dem Übergang von Hämotrophen aus dem mütterlichen in das kindliche Blut vor sich geht. Die Abhängigkeit des Foetus von dem mütterlichen Organismus tritt besonders unter pathologischen Verhältnissen hervor. Gegen mechanische Einwirkungen ist das Kind im Mutterleibe verhältnismäßig gut geschützt, dagegen führen physikalische und chemische Veränderungen zu Schädigungen der Frucht. Röntgenbestrahlungen, Fütterung des Muttertieres mit Naphthalin rufen Störungen in der Entwicklung des fötalen Sehorgans hervor. Pathologische Aufspeicherung körpereigener Substanzen, von Gallenfarbstoffen, von harnfähigen Substanzen, möglicherweise auch von den Produkten der innersekretorischen Drüsen verursachen Hypertrophie und vikariierende, vorzeitige Funktion der fötalen Organe. Auch die Möglichkeit einer intrauterinen parasitären Sekundärinfektion ist in den letzten Jahren festgestellt. Neben dieser Abhängigkeit besteht eine weitgehende Selbständigkeit des Eies, die zunächst in seinem aktiven Vorgehen bei der Implantation, dann bei der Arrosion der mütterlichen Gefäße auch in späteren Schwangerschaftsmonaten, bei dem Umbau und dem Transport der mütterlichen Nährstoffe und der Antitoxine durch die Chorionzotten und bei der Produktion des Fruchtwassers zum Ausdruck gelangt. Die Abderhaldenschen Untersuchungen haben das Kreisen vom Foetus produzierter Stoffe im mütterlichen Blute wahrscheinlich gemacht. — Die Beziehungen zwischen Mutter und Kind werden am besten als „symbiotischer Konnex", als eine Verbindung zweier Lebewesen zu gegenseitigem Nutzen bezeichnet. *Weishaupt* (Berlin).

Zubrzycki, J. R. v.: Die Meiostagminreaktion in der Geburtshilfe. (*Frauenklin., Jagellon. Univ. Krakau.*) Gynaekol. Rundschau Jg. **7**, H. 23, S. 847-849. 1913.

Die mehrfach festgestellte Analogie im Verhalten von Tumorserum und Schwangerenserum veranlaßte den Verf., die Oberflächenspannung im Schwangerenserum gegen Tumorantigen mittels der Meiostagminreaktion nachzuprüfen. Er bereitete das Antigen mit Methylalkohol und verwandte die Seren in Verdünnung 1 : 20. Er fand, daß die Schwangerenseren in späteren Monaten der Gravidität eine Erniedrigung der Oberflächenspannung aufweisen; ferner daß die Carcinomsera mit Methylantigen fast

immer positiv reagieren. Demnach zeigt sich, daß die Meiostagminreaktion ähnlich wie andere Tumorreaktionen bei Schwangerschaft positive Ergebnisse liefern kann. Die Untersuchung von Placentarseris zeigte keine Veränderung der Oberflächenspannung, also ähnlich dem Verhalten von normalem Serum. *Frankenstein* (Köln).

Fabre: De l'hystérographie. (Über die Hysterographie.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 2, Nr. 11, S. 307—340. 1913.

Fabres Hysterograph wirkt mittels einer durch die vordere Bauchwand leicht auf den Uterus drückende Pelotte, deren Bewegungen nach Mareyschem Vorbild auf einen drehenden Zylinder aufgezeichnet werden (Abbildung). Nach F.scher Anordnung kann man gleichzeitig einen schnell und einen langsam drehenden Zylinder einschalten (1 Umdrehung in 10 Minuten resp. 3 Stunden). Durch Vergleiche der nach seinem Verfahren und nach der Methode von Schatz (Kolpeurynter im Uterus) gewonnenen Kurven bringt F. den Beweis, daß seine Kurven ein richtiges und genaues Bild der Uteruskontraktionen darbieten. Das Instrument löst keine anormalen Uteruskontraktionen aus. Bewegungen der Frau, Atmung, Kindsbewegungen usw. stören nicht. Verf. hat mit seinem Apparat die Uteruskontraktionen studiert während der Schwangerschaft, der Geburt, im Wochenbett, unter Einfluß von wehenverstärkenden und wehenabschwächenden Mitteln, während der Äther- und Chloroformnarkose. 26 Kurven werden abgebildet.

Schwangerschaftswehen haben keine regelmäßigen Intervalle, die Kontraktionen sind schwach, die Kurve steigt langsam an, fällt rasch und steil wieder ab. Den Kontraktionen folgt jedesmal ein Erschlaffungsstadium des Uterus. Schwangerschaftswehen, die unbemerkt bleiben können, finden sich besonders häufig zur Zeit der Menstruation. Im Wochenbett treten ebenfalls regelmäßig Wehen auf, manchmal bis zu 5 Tagen. Bei Infektion des Uterus sind sie schwächer und seltener, können sogar ganz aufhören. Nach dem Anlegen des Kindes sind die Wehen noch eine Zeitlang stärker und frequenter. — Von den wehenerregenden Mitteln gibt Zucker nur eine einzige kurzdauernde Kontraktion. Hypophysenextrakt löst regelmäßige Wehen aus (schon früher von Fabre publiziert), Ergotin gibt schon in mäßigen Dosen leicht tetanische Krämpfe (Kurven). Morphium und Scopolamin hemmen die Wehenfrequenz und -intensität, Chloralhydrat dagegen läßt die Wehen unbeeinflußt, setzt nur den Schmerz herab und hebt eventuell tetanische Krämpfe (Kontraktionsring) des Uterus auf. Äther- und Chloroformnarkose machen die Wehen seltener, und besonders Chloroform schwächt sie ab. Die Wirkung dieser Mittel tritt sehr rasch ein. Der Hysterograph macht es auch möglich, den Einfluß der Wehen auf das Herz zu studieren (Kombination mit Kardiograph und Puls- und Atmungsregulierungsapparate). *Lamers* (Amsterdam).

Cuzzi, Alfonso: La radiografia del feto nell'utero. (Die Röntgenographie des Foetus im Uterus.) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ., Roma.*) Folia gynaecol. Bd. 8, Nr. 2, S. 307—333. 1913.

Die Radiographie des graviden Uterus und des Foetus in demselben, sowie die der Extrauterinschwangerschaft bot früher große Schwierigkeiten, die erst allmählich durch die verbesserte Technik überwunden werden konnten. Aber trotz dieser sind die Resultate für die Diagnose frühzeitiger Schwangerschaft, sowohl uteriner als extrauteriner, noch sehr unzureichend. Nur vereinzelte Autoren berichten über deutliche Bilder in der ersten Hälfte, sowie bei Zwillings- und Drillingsschwangerschaft. Für die Darstellung von Lage, Stellung und Haltung der Frucht ist die Aufnahme des ganzen Abdomen notwendig und zwar am besten in halb Rücken-, halb Seitenlage der Frau, je nach der Kindeslage, damit die Wirbelsäule möglichst sagittal von den Strahlen getroffen wird. Verf. hat hierfür eine besondere Tischunterlage konstruiert. Verstärkungsschirm, Röhrenabstand 50 cm, Röhrenhärte 6—7 Wehnelt. Bei normalem Becken läßt sich im letzten Monat der Schwangerschaft der Kopf des Foetus nicht mehr gut aufnehmen, weil die Beckenknochen und Schenkel der Frau ihn verdecken. Bei engem Becken dagegen erscheint der Kopf deutlich. Dies Kriterium ist diagnostisch gut verwertbar. Verf. hat mit seiner Methode bei 50 Aufnahmen gute Resultate erzielt. Vier gute Röntgenogramme sind der Arbeit beigegeben, darunter Zwillingsschwangerschaft und enges Becken. *Semon* (Königsberg i. Pr.).

Sfameni, P.: Sulla origine della inserzione velamentosa del funicolo e delle anomalie placentari che con essa di frequente coincidono. (Über die Entstehung der Insertio velamentosa des Nabelstranges und der Nachgeburtsanomalien die mit ihr häufig zusammenfallen.) (*Clin. ostetr. e ginecol., univ., Cagliari.*) Ann. di ostetr. e ginecol. Bd. **2**, Nr. 10, S. 441—494. 1913.

Nach Ansicht des Verf. findet die Einnistung des Eies in folgender Weise statt: das Ei legt sich an das Uterusepithel an, welches mächtig wuchert und sich in Decidua umwandelt und das Ei umgibt. Die Uterusschleimhaut wuchert ebenfalls. Der Eiüberzug hat überall dieselbe Eigenschaft, das Ei und sein abdominaler Stiel können sich nach jedem Punkt der Serotina richten. In einem II. Entwicklungsstadium wird ein kleiner dem Uterus zugekehrter Abschnitt der Serotina dünner und letztere wandelt sich hier in die Reflexa um. Die Serotina hat eine große, die Reflexa eine kleine Oberfläche. In der Folgezeit dehnt sich die Serotina weniger als die Reflexa aus, welche mit dem Chorion laeve eine mächtige Ausdehnung erfährt. Wenn zur Zeit der Differenzierung der abdominale Stiel des Embryo mit der Serotina verbunden ist, entsteht die Insertio placentaris. Ist der abdominale Stiel mit dem Reflexa werdenden Abschnitte der Serotina verbunden, so bekommt man die Insertio velamentosa. Letztere ist häufiger bei den mehrfachen Schwangerschaften; dies ist bedingt durch die größere Ausdehnung des Reflexa werdenden Teiles der Serotina und durch die Mehrzahl der Nabelschnüre (am häufigsten bei der monochorien biamniotischen Zwillingsschwangerschaft). Bei den Primiparen und der Placenta praevia weist die Uterusmucosa eine mangelhafte Wucherung auf, der Abschnitt der Serotina, der zu Reflexa wird, ist daher größer. Deshalb kommt die Insertio velamentosa häufig vor. Die Anomalien der Placenta, die oft mit Insertio velamentosa vorkommen, sind durch einen besonderen Sitz der Placenta (Tubenecken, innerer Muttermund, Seitenkante des Uterus) und nicht durch Endometritis, Weiterbestehen gefäßreicher Chorionzotten, Atrophie besonderer Placentarstellen, Erblichkeit bedingt. Die Insertio velamentosa ist häufiger bei der Placenta dimidiata als bei der succenturiata und lobata, weil bei der dimidiata die Reflexa eine größere Ausdehnung erfährt. Literatur. *Mestron* (Triest).

Hammer, Fritz: Einiges über Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina, seine klinische und physiologische Bedeutung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1, S. 118—123. **1913.**

Zusammenstellung von 13 Fällen von Abortversuchen bei Tubargravidität aus der Literatur. Mitteilung von drei mit Curettage behandelten, geheilten Fällen. Der natürliche Tubarabort erfolgt ziemlich gleichzeitig mit der Ausstoßung der Decidua. Bei kriminellem Abort stirbt das Ovulum anscheinend erst einige Zeit nach der Zerstörung der Decidua ab. Hieraus schließt Hammer, daß verschiedene noch nicht bekannte Wechselbeziehungen zwischen Ei und Decidua bestehen müssen. Der Decidua fällt nicht nur die Rolle der Eieinlagerung und der Eiernährung zu. *K. Hoffmann.*

Kubinyi, Paul: Über die moderne Abortusfrage. Orvoskèpzes Jg. **3**, H. 8/10, S. 800—831. 1913. (Ungarisch.)

Dem Verf. gemäß kann dem behandelnden Arzt nur eine Aufgabe vor Augen schweben, den Kranken mit allen ihm nur zu Gebote stehenden Mitteln auf die ihm drohende Gefahr aufmerksam zu machen. Wenn er sich aber mitten in der Gefahr an uns wendet, sollen wir ihn nach bestem Wissen und Gewissen behandeln. Den Standpunkt des Moralisten, Juristen und Richters sollen wir andern überlassen. Wo es möglich ist, mögen wir die auf ärztliche Indikationen gemachten Aborte auf ein Minimum reduzieren, wie dies ja auch dem modernen geburtshilflichen Standpunkt entspricht. *Bogdanovics* (Budapest).

Shlenker, Milton A.: A consideration of missed abortion and missed labor, with report of cases of missed abortion. (Über „Missed Abortion" und „Missed

Labor“ auf Grund von eignen Beobachtungen der ersteren Art.) South. med. journal Bd. **6**, Nr. 10, S. 659—663. 1913.

Definition der Begriffe „missed abortion“ und „missed labor“. Als ätiologische Momente für Abort kommen in Frage von seiten der Mutter: Tuberkulose, Syphilis, Shock, akute Infektionskrankheiten, chronische Erkrankungen von Herz, Lungen, Leber und Nieren. Diese führen durch passive Blutstauung in der Placenta zum Tod der Frucht. Weitere Ursache sind Schreck, seelische Erregungen, ungestümer Coitus, Schlag, Fall, Erschütterungen, Heben schwerer Lasten, Eisenbahnfahren, ferner Seebäder, heiße Sitz- und Fußbäder durch Hyperämie der Beckenorgane, endlich Kohlensäure- und chronische Bleivergiftung, heftiges Erbrechen und Husten und körperliche Überanstrengung. Ursachen von seiten des Vaters sind Syphilis, Tuberkulose, Nephritis, allgemeine Schwäche, jugendliches oder zu hohes Alter. Lokale Ursachen sind Subinvolutio uteri und akute und chronische Erkrankungen des Uterus und der Adnexe, Entzündung, Verlagerung, Adhäsionen und Tumoren des Uterus oder seiner Nachbarschaft. Fötale Ursachen sind Syphilis der Eihäute, cystische Degeneration der Chorionzotten, Blutung in der Placenta, Placenta praevia, zu kurze Nabelschnur oder Knotenbildung und Eintritt von Luft in die Uterushöhle. Unter „missed labor“ versteht Verf. die Retention eines abgestorbenen Kindes, sei es, daß überhaupt keine Wehen auftreten; oder sie beginnen und hören bald wieder auf. Die Patienten klagen über vielerlei Mißbehagen, der Uterus wird wieder kleiner infolge von Absorption des Fruchtwassers, das Kind wird maceriert, mumifiziert, verkalkt oder verjaucht. Die Mutter ist sehr gefährdet. Unter „missed abortion“ versteht man die Retention einer abgestorbenen Frucht in den ersten Monaten der Gravidität. Bei beiden Erkrankungen muß man eingreifen, sobald die Diagnose sichergestellt ist. Verf. berichtet über einige selbstbeobachtete Fälle. *Zweifel* (Jena).

Cheval, Max: Un cas de grossesse extra-utérine bilatérale avec avortement bilatéral. (Ein Fall von doppelseitiger Extrauteringravidität mit doppelseitigem Abort.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr. Bd. **24**, Nr. 6, S. 335—336. 1913.

Diskussionsbemerkung zu dem gleichnamigen Vortrag von Cheval.
Jaeger (München).

Harrison, Virginius W.: The anatomical and pathological causes of ectopic pregnancy. (Die anatomischen und pathologischen Ursachen der ektopischen Schwangerschaft.) Virginia med. semi-monthly Bd. **18**, Nr. 16, S. 408—410. 1913.

Kurze Zusammenfassung. Nichts Eigenes, nichts Neues. *Lamers* (Amsterdam)

Mariantschik, N. P. Zur Frage der extrauterinen Gravidität. (*Chirurg. Babuschkin-Krankenh., Kiew.*) Med. Rundschau **80**, Nr. 16, S. 418—430. 1913. (Russisch.)

Es werden 3 Fälle von extrauteriner Gravidität beschrieben. In dem einen Fall kam es zum Platzen der schwangeren Tube, in dem 2. zum Tubenabort und im 3. wurde eine extrauterine Gravidität mit lebender Frucht im 6. Monat festgestellt. Von dieser letzten sind in der Weltliteratur nur 159 Fälle beschrieben.

Der vom Verf. beschriebene Fall ist der erste dieser Art bei einer im 48. Lebensjahre stehenden Frau. Es waren weder subjektive noch objektive Zeichen der Schwangerschaft vorhanden. Verf. empfiehlt bei abgesackter Hämatocele abzuwarten aus Rücksicht auf eventuelle spätere Schwangerschaften. Ist die Tube geplatzt, so muß das blutende Gefäß sofort unterbunden werden, ohne die Bildung eines Thrombus abzuwarten. Bei fortschreitender extrauteriner Gravidität in der ersten Hälfte soll nach allgemeiner Ansicht sofort operiert werden. In der zweiten Hälfte aber empfiehlt der Verfasser eine individuelle Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der sozialen Frage. Der Fruchtsack muß in toto entfernt werden und die Bauchhöhle, wie nach jeder Laparotomie, geschlossen. Die vaginale Operation bei lebender Frucht in späteren Stadium ist zu verwerfen. *Krinski* (Freiburg i. Br.).

Albeck: Ein Fall von Hyperemesis gravidarum. (Ver. f. Gynaekol. u. Obstetr., 82. Sitz.) Ugeskrift for Læger Jg. **75**, Nr. 50, S. 2027—2028. 1913. (Dänisch.)

Der Fall zeigt, nach Albecks Meinung, deutlich den intimen Zusammenhang, der zwischen Schwangerschaftstoxikosen und Hyperemesis gravidarum besteht. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Lepage, G., et Tiffeveau: Notes sur deux cas de vomissements graves de la grossesse. (Bericht über 2 Fälle von schwerem Schwangerschaftserbrechen.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, H. 11, S. 625—636. 1913.

2 Fälle von Schwangerschaftserbrechen, von denen der eine zur Heilung kam, der andere zur Schwangerschaftsunterbrechung führte. Im ersten Fall mehrere subcutane Einspritzungen von künstlichem Serum in Mengen von 250—500 ccm, sowie 2 Einspritzungen von Serum normaler Schwangerer von 12 resp. 35 ccm. Außerdem Chloralklystiere. Im zweiten Fall wurde nur einmal eine Einspritzung von 20 ccm Schwangerenserum gemacht. Im übrigen bestand die Behandlung außer Chloralklystieren in Einspritzungen und Klystieren von künstlichem Serum mit Adrenalinzusatz, sowie in Natronklystieren. Der Zustand verschlechterte sich rapid. Beide Fälle wurden zu Beginn der Behandlung in die Klinik aufgenommen.

Sehr eingehende analytische Untersuchungen des Urins, die eine erhebliche Störung des Stickstoffwechsels erkennen lassen. Er sieht das aber nur als ein Symptom der Inanition an und so kann seiner Ansicht nach die Alkalibehandlung auch nur symptomatisch wirken. Aber auch als solche kann sie gute Dienste leisten. Das Adrenalin schien wirkungslos. *Rothe* (Breslau).

Fox, E. A.: Adrenalinbehandlung des unstillbaren Schwangerschaftserbrechens. Rev. de la Soc. méd. Argentina Bd. **21**, Nr. 120, S. 429—433. 1913. (Spanisch.)

Sechs Fälle schwerer Hyperemesis, keiner diätetischen oder medikamentösen Behandlung zugänglich, geheilt durch Adrenalin per os (20—30 Tropfen 1‰ auf zwei- bis dreimal des Tages verteilt) oder subcutan (0,5—1 ccm 1‰ täglich). *Michael* (Leipzig).

Cerecedo, Martinez: Die wirksamste Behandlung des unstillbaren Erbrechens. Progr. de la clinica, Jg. **1**, Nr. 9, S. 130. 1913. (Spanisch.)

Adrenalin ist das beste Mittel zur Bekämpfung der Hyperemesis (10 Tropfen der Lösung 1:1000, 2 mal täglich). Die Funktionen des Darmes unter normalen und pathologischen Verhältnissen müssen eingehend studiert und ärztlich überwacht werden, da ihre Störung die wichtigste Ursache der Schwangerschafts-Autointoxikation bildet; dieselbe läßt sich bei genügender Achtsamkeit fast immer vermeiden. *Schmid.*

Dubrisay, Louis: Deux cas de vomissements incoercibles traités par l'avortement provoqué. (Zwei Fälle von unstillbarem Erbrechen, die mit künstlichem Abort behandelt wurden.) Journal des sages-femmes Jg. **41**, Nr. 23, S. 369 bis 370. 1913.

Ätiologisch handelt es sich um Nervosität oder Autointoxikation.

Im ersten Fall des Verf. erkrankte eine Erstschwangere im 2. Monat an schwerem Erbrechen; durch die Behandlung besserte sich der Zustand. Nach 3 Wochen sieht Verf. die Frau wieder, die inzwischen äußerst elend geworden ist. Einleitung des Abortes. Am Tage danach Ikterus, nach 36 Stunden Exitus. Die zweite Patientin hatte außer Erbrechen noch Ptyalismus. Die Menge des Speichels betrug etwa 1500 ccm pro Tag. Nach vorübergehender Besserung muß auch hier Abort eingeleitet werden.

Wenn auch viele Fälle von Hyperemesis auf geeignete Behandlung zurückgehen, so gibt es doch manche, wo nur die Einleitung des Abortus Hilfe bringt. *Zweifel* (Jena).

Müller, Wilhelm: Ist die Unterbrechung der Schwangerschaft im Falle der Lungentuberkulose berechtigt? Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. **21**, H. 1/2 (Festschr. d. 11. internat. Tuberkul.-Konf., Berlin, 22.—26. X. 1913), S. 123—133. 1913.

Die Gravidität wird von der Tuberkulose weder pro noch contra beeinflußt. Nur in dem Falle progrediert die Tuberkulose während der Schwangerschaft, wenn sie auch sonst eine schlechte Prognose gegeben hätte. Tuberkulöse Gravide müssen unbedingt in einem Sanatorium gepflegt werden. Nach entsprechender und genügend langer sanatorieller Behandlung ist das operative Unterbrechen der Schwangerschaft nicht begründet. Die Geburt muß bei Lungenkranken schnellmöglichst mit Hilfe der Zange beschleunigt werden. *Runge* (Berlin).

Tecon: Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire. Avortement provoqué. Valeur du produit de conception, etc. (Einfluß von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf die Lungentuberkulose. Künstliche Fehlgeburt, Bewertung der Kinder usw.) (Soc. pour l'étude scient. de la tubercul., séance 9. II. 1913, Lausanne.) Schweiz. Rundsch. f. Med. Bd. **13**, Nr. 23, S. 950—969. 1913.

Während man heute in Italien, Österreich und Deutschland eine Verschlimmerung der Tuberkulose durch das Eintreten einer Schwangerschaft im allgemeinen als erwiesen ansieht und dementsprechend die Schwangerschaft meist unterbricht, hält die Mehrzahl der französischen Praktiker eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft durch Tuberkulose nicht für gegeben.

Verf. erörtert dann an der Hand von 19 Krankengeschichten mit zusammen 26 Schwangerschaften seine eigenen Erfahrungen. Während der Schwangerschaft blieben 57,6% Lungentuberkulosen stationär, 29,9% verschlechterten sich, bei dem Rest trat eine gewisse Besserung ein. Die Entbindung selbst übte einen nennenswerten Einfluß auf die Tuberkulose nicht aus. Im Wochenbett dagegen verschlechterten sich 33,3% deutlich (durchweg solche Fälle, bei denen schon in der Schwangerschaft die Tuberkulose Fortschritte gemacht hatte), nur 61,9% blieben unverändert, 4,2% besserten sich.

Ein Einfluß der Tuberkulose auf die Schwangerschaft war niemals festzustellen. Künstlicher Abort in den ersten drei Monaten gab in der Mehrzahl der Fälle ein günstiges Resultat. 94% der von tuberkulösen Müttern geborenen Kinder schien auch bei langjähriger Beobachtung unbeeinflußt von der mütterlichen Tuberkulose. Entfernung der Kinder von der Mutter ist zu fordern. Sorgfältige Individualisierung jedes einzelnen Falles lautet die Schlußfolgerung des Verf. Schlechtes Allgemeinbefinden, Zunahme der Lungenerscheinungen, Gewichtsverminderung usw. geben die Indikation zur Einleitung des Abortes. *Rath* (Hannover).

Verdelli, Giuseppe: Alterazioni della placenta nella sifilide. (Veränderungen der Placenta bei Syphilis.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Pavia.*) Folia gynaecol. Bd. **8**, Nr. 1, S. 1—127. 1913.

Nach kurzem Bericht über 25 Placenten, die ihm die makroskopischen Befunde lieferten, bespricht Verf. 25 andere Fälle, bei denen er fast ausschließlich histologische und mikrobiologische Untersuchungen anstellte. Für die makroskopische Luesdiagnose haben die Hypertrophie und die Gewichtszunahme der Placenta und das veränderte Gewichtsverhältnis zwischen Foetus und Placenta einen größeren Wert, als Farbe, Konsistenz und Ödem. Man kann keinen anatomisch-pathologischen Typus syphilitischer Placenten feststellen. Die histologischen Veränderungen der Placentarzotten allein sind für die Diagnose von Lues nicht maßgebend. Wenn die Gefäß- und Bindegewebsveränderungen sehr beträchtlich und diffus sind, so ist die Luesdiagnose mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Die Veränderungen der Decidua haben einen geringen, die des Amnion und des Chorion keinen spezifischen diagnostischen Wert. Nur auf Grund des sehr seltenen Befundes von Gummata der Nabelschnur kann man die Diagnose Lues stellen. Die übrigen Erscheinungen des Nabelstranges haben nur einen Wert für die Wahrscheinlichkeitsdiagnose, wenn sie in Mehrzahl zusammen auftreten. Das häufige Fehlen der Spirochäten in den fötalen Anhängen spricht nicht gegen Lues, denn aus mannigfachen Gründen kann das Treponema verschwunden sein; man bedenke hier immer das Alter der Infektion, die Reaktionen der Organe und die eventuelle vorangegangene Behandlung. Auch die Verteilung der anatomischen Veränderungen und des Treponema in den verschiedenen Abschnitten der Anhänge kann die Herkunft der Infektion und die Übertragung des Treponema nicht erklären. Die Veränderungen der Placenta allein genügen nicht, um über die Hypotrophie und den Tod des Foetus Aufschluß zu geben; unsicher sind ihre Verhältnisse auch bei der Frühgeburt. Wenn die spezifische Behandlung rechtzeitig vor oder zum Beginne der Schwangerschaft begonnen wird, die Virulenz schwach ist, oder die Infektion von selbst eine Abschwächung erfährt, so weisen die fötalen Anhänge einen fast physiologischen Zustand auf. Die Behandlung am Ende der Gravidität kann den pathogenen Keim abtöten, die anato-

mischen Veränderungen aber nicht beseitigen. Verf. berichtet zum Schluß über Kaninchenversuche, die er selbst vorgenommen hat. Die Resultate über die Erblichkeit sind negativ ausgefallen. Ausführliche Literatur. *Mestron* (Triest).

Grassick, James: Fecal impaction complicating pregnancy. (Höchstgradige Stuhlverhaltung als Komplikation der Schwangerschaft.) Journal-lancet Bd. **33**, Nr. 22, S. 632—634. 1913.

26jährige Frau. Seit frühester Kindheit hartnäckige Stuhlverstopfung; Perioden halbwegs regelmäßiger Entleerung wechseln ab mit Zeiten, in denen monatelang, bis zu sieben Monaten (!), keinerlei Defäkation auftritt. Bei der dritten Geburt (die beiden früheren waren normal verlaufen) kommt Patientin in des Verf. Behandlung 24 Stunden nach Wehenbeginn und 5½ Monate nach der letzten Stuhlentleerung! Geburtshindernis: der gefüllte Darm. Abdomen enorm ausgedehnt; in der Mitte des Bauches der dem Ende der Gravidität entsprechende Uterus, umgeben von einer derben, knolligen Masse, welche auch das Becken derart ausfüllt, daß die Portio gar nicht erreichbar ist. Durch große Dosen von Morphium gelingt es, die Wehen zu verzögern. Binnen 2 Tagen werden teils manuell, teils unter Mithilfe von Öl, Seifenwasser usw. ungeheure Mengen von Faeces herausbefördert (27 sehr reichliche Entleerungen in 48 Stunden!). Muttermund verstrichen. Geburt eines kräftigen, gesunden Kindes ohne besondere Schwierigkeit. Nach der Geburt läßt sich das Kolon ordentlich begrenzen; es erinnert an Umfang und Form einer Ofenröhre (an ordinary stove-pipe). In den folgenden 5 Wochen 5—15 Entleerungen täglich, nur 3mal unterbrochen durch Erscheinungen eines akuten Darmverschlusses, jedesmal durch Invagination bedingt, welche durch digitale Manipulationen vom Rectum aus behoben wird. Ein andermal sitzt das Hindernis so hoch, daß es mit den Fingern nicht erreichbar ist, sondern in Narkose unter Eingehen mit der Hand bis zum Ellbogen beseitigt werden muß. Nach dieser letzten Episode glatte Heilung; Patientin stillt selbst ihr Kind, das gut gedeiht, ohne Zeichen einer Intoxikation aufzuweisen.

Verf. kann nicht sicher sagen, ob es sich um einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit handelt oder um eine erworbene Dilatation des Dickdarms infolge wiederholter chronischer Stuhl- und Gasverhaltung; er glaubt eher, daß letztgenannter Zustand vorliege. *Schmid* (Prag).

Lepoutre, C.: La pyélonéphrite des suites de couches. (Die Pyelonephritis im Wochenbett.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 38, S. 744—745. 1913.

Bericht über einen Fall dieser Art, der unter verschiedener Diagnose ging, schließlich nephrotomiert und dann nephrektomiert wurde. Es folgen einige Erörterungen allgemeiner Art über die Ätiologie dieser Erkrankung, die nichts Neues enthalten. *Weibel* (Wien).

Orlandi, E.: Tumore ovarico cistico complicante la gravidanza. Ovariotomia. Glicosuria postoperatoria. Nota clinica. (Komplikation der Schwangerschaft durch cystischen Ovarialtumor. Ovariotomie. Postoperative Glykosurie. Klinische Anmerkung.) (*Brefotrofio e maternità, Verona.*) Rass. d'ostetr. e ginecol. Jg. **22**, Nr. 9/10, S. 513—522. 1913.

Ovariotomie in Chloroformnarkose im 4. Schwangerschaftsmonat. 12 Tage nach der Ovariotomie kleine Dehiszenz mit Bildung einer Fetthernie, Zucker im Harn. Rasche Heilung der Dehiszenz. Spontane Geburt eines gesunden, ausgetragenen Kindes.

Verf. läßt in der ersten Hälfte der Schwangerschaft nur die Ovariotomie gelten. In der zweiten Hälfte abwarten und eventuell während der Geburt, während oder nach dem Wochenbett eingreifen. Die Glykosurie ist bedingt von verschiedenen Ursachen, die mit der Gravidität einen Zusammenhang haben: psychische Traumen, Dyskrasie, Graviditätstoxinen (wirken wie Phluorhizin, Cantharidin, Diuretin), Nierenfunktionsstörung, herabgesetzte Assimilationskraft für Kohlehydrate, Veränderungen der Drüsen mit innerer Sekretion. In diesem Fall kommt noch die Wirkung des Chloroforms dazu. *Mestron* (Triest).

Lévy, Ed.: Dystocie par tumeur ovarique praevia, ovariotomie abdominale et accouchement par les voies naturelles. (Geburtshindernis, gebildet durch einen vorliegenden Ovarialtumor; abdominale Ovariotomie und Geburt auf natürlichem Wege.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. Bd. **10**, H. 11, S. 660 bis 663. 1913.

Inhalt im Titel gegeben. Verf. entscheidet sich für das abdominale Vorgehen ohne Entleerung des Uterus als die Operation der Wahl. In 23 in der Literatur beschriebenen Fällen ist es niemals zu Störungen von seiten der Mutter gekommen. Beim vaginalen Operieren kann die vollständige Entfernung des Tumors oft unmöglich sein. *Freund.*

Geburt:

Rabinowitsch, Ch.: Über Zwillingsgeburten des Basler Frauenspitals für die Zeit von 1896—1910. Dissertation: Basel 1913.

Papitoff, D. E.: Ein Fall von Drillingsgeburt. (*Krankenh. Gouvernem. Tomsk.*) Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynaekol. Jg. 28, H. 10, S. 1413—1416. 1913. (Russisch.)

43jährige VI-para. Kreißende. Niederkunft mit drei lebensfrischen Früchten. Zwischen den einzelnen Geburten Pause von $2^1/_2$ und 1 Stunde. I. Kind Mädchen in Steißlage, II. Knabe in erster Schädellage, III. Mädchen in zweiter Schädellage. Gewicht: 2700, 3050 und 2450 g. Placenta 2100 g schwer, besteht aus 3 Placenten, die miteinander verbunden sind. Drei Nabelschnüre, ebenfalls drei Amnion und Chorion. Die oben erwähnten Umstände und der allgemeine Zustand der Kinder sprechen für die Entstehung der Drillinge in unserem Falle durch Befruchtung von 3 Eizellen derselben Ovulationszeit. *Ginsburg* (Breslau).

Christiani, A.: Die Walchersche Hängelage. Dissertation: Breslau 1913.

v. Haller, O.: Geburten bei jugendlichen Erstgebärenden. Dissertation: München 1913.

Naumann, L.: Zu R. Roosens Mitteilung: Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. Zentralbl. f. Gynaekol. Bd. **37**, Nr. 35, S. 1290. 1913.

Naumann hat bereits vor 3 Jahren einen Apparat angegeben, der im Prinzip derselbe ist wie der von Roosen. Die von letzterem angebrachte Neuerung hält Verf. nicht für notwendig. *Dorn* (Kempten).

Wright, Adam H.: Anaesthesia and the forceps in labor. (Anästhesie und Zange bei der Entbindung.) Canada Lancet Bd. **47**, Nr. **1**, S. 7—12. 1913.

Oberflächliche Narkose in der Austreibungszeit setzt die Wehenstärke herab und macht sehr oft Anlegen der Zange nötig. Die meisten Zangen sind zu schwer gebaut, mit zu breiten und zu langen Löffeln und zu starker Beckenkrümmung. Im allgemeinen wird die Zange zu oft angelegt und die Extraktion geschieht zu schnell; sie soll 20 Minuten bis 2 Stunden dauern. Für tiefe Narkose eignet sich Äther besser wie Chloroform. *Lamers* (Amsterdam).

Vogt, E.: Pituitrin in der Nachgeburtsperiode. (*Kgl. Frauenklin., Dresden.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 49, S. 2401—2402. 1913.

Pituitrin wirkt, wie bereits bekannt, nicht nur in der ersten und namentlich in der zweiten Geburtsperiode, sondern nach den Untersuchungsergebnissen des Verf. auch in der dritten Geburtsperiode bei postpartalen Blutungen nach intramuskulärer Injektion prompt nach 3 Minuten und bei intravenöser Injektion in die gestaute Cubitalvene (ganz langsam zu injizieren!) fast momentan. Die prophylaktische Anwendung des Pituitrins hat sich bewährt in allen pathologischen Geburtsfällen, wo man eine Nachblutung zu befürchten hat, ebenso nach größeren operativen Entbindungen. In der Nachgeburtperiode ist bei teilweiser Placentarlösung vor Anwendung des Credéschen Handgriffes eine intramuskuläre Pituitrininjektion vorauszuschicken. Eine manuelle Placentarlösung kommt erst in Frage, wenn nach der Pituitrininjektion bei leerer Harnblase der Credésche Handgriff, auch in Narkose, erfolglos blieb. Bei Fehlgeburten vom 4. Monat ab und bei allen Frühgeburten ist nach intramuskulärer Pituitrininjektion die spontane Ausstoßung der Placenta abzuwarten, sofern nicht eine stärkere Blutung zu aktivem Vorgehen zwingt. Auch bei Blutungen nach der digitalen oder instrumentalen Abortausräumung ist Pituitrin am Platze. — Eine Strikturierung des Gebärmutterhalses oder sonstige Nachteile der Pituitrininjektion sind, trotz hoher Dosen (bis zu 6 ccm!), für die Mütter bisher nicht beobachtet worden. Als Kontraindikation für Pituitrin in der Nachgeburtsperiode gelten: Nephritis, Arteriosklerose (namentlich bei Verdacht auf Coronarsklerose) und dekompensierter Herzfehler. *Dienst* (Breslau).

Ribas, Guillermo: Behandlung des engen Beckens. Rev. de med. y cirugia. Jg. **27**, Nr. 5, S. 129—139. 1913. (Spanisch.)

Abgelehnt werden künstliche Frühgeburt, Wendung, Zange bei noch beweglichem Kopfe, Embryotomie des lebenden Kindes. Embryotomie des toten Kindes

ist nur bei nichtinfizierten Fällen gestattet, Symphyseotomie ebenfalls nur bei reinen Fällen mit verstrichenem Muttermunde bei Multiparen. Wenn die Beckenspaltung nicht indiziert ist, klassischer Kaiserschnitt bei reinen Fällen. Porrosche Operation ist überhaupt nicht mehr anzuwenden, dafür ist bei allen infizierten Fällen von engem Becken die extraperitoneale Sectio caesarea auszuführen, wobei Verf. die Technik von Fromme der von Sellheim vorzieht. Kurz erwähnt werden die neuen Bestrebungen, das enge Becken durch Promontoriumresektion zu erweitern. *Schmid* (Prag).

Obst, H.: Die poliklinischen Geburten in Beckenendlage vom 1. IV. 1904 bis 31. III. 1911. Dissertation: Breslau 1913.

Motta, Oliveira: Hydrocephalus als Geburtskomplikation. Brazil-medico Jg. 27, Nr. 40, S. 431. 1913. (Portugiesisch.)

Zwei Geburten in Steißlage bei Hydrocephalus; in einem Falle war bereits der Rumpf des Foetus von einem anderen Arzte und einer Hebamme vom Kopfe abgerissen worden. Die Perforation wurde mit einer gewöhnlichen Schere ausgeführt. *Schmid* (Prag).

Finken, H.: Die fötale Hydrocephalie in geburtshilflicher Beziehung. Dissertation: München 1913.

Johansson, Ruth: Beitrag zur Frage der Behandlung des Nabelschnurvorfalls. (*Obstetr.-gynaekol. Klin., Lund.*) Allm. Svenska Läkartidning Bd. **10**, Nr. 42, S. 1089 bis 1107 u. Nr. 43, S. 1113—1122. 1913. (Schwedisch.)

In den Jahren 1900—1912 36 Fälle von Prolaps der Nabelschnur auf 7518 Entbindungen oder 1 : 215. In 2 der 36 Fälle war die Frucht tot, als Pat. zur Behandlung kam, weshalb die Geburt dem spontanen Verlauf überlassen wurde. In 9 Fällen starb die Frucht = 26,5% Mortalität. In 7 Fällen wurde die Wendung gemacht mit 1 Todesfall der Frucht = 14,3% Mortalität. In 7 Fällen Zange mit 2 Todesfällen = 28,6% Mortalität. In 3 Fällen Querlage mit Wendung auf den Fuß, mit 2 Todesfällen der Frucht = 66,6% Mortalität. In beiden Fällen enges Becken und große Frucht. In 11 Fällen Steiß- resp. Fußlage mit 3 toten Früchten = 27,2% Mortalität.

Verf. faßt ihre Ergebnisse in folgende Prinzipien für die Behandlung zusammen: Ist bei Kopflage der Kopf beweglich, so ist die Wendung auf den Fuß der Reposition vorzuziehen. Steht er dagegen fest im Becken, so ist die Geburt, falls die Frucht noch lebt, mit der Zange zu beenden. Bei Querlage fällt die Behandlung mit der im allgemeinen bei Querlage erforderlichen zusammen. Bei Steiß- und Fußlage ist die Geburt am besten sogleich durch Extraktion zu beendigen. Bei allen Lagen ist daran zu denken, daß das Abwarten schlechtere Resultate für die Frucht ergeben hat als rasche Entbindung. Wenn es sich daher ohne Gefahr für die Mutter tun läßt, so ist es im Interesse der Frucht am besten, nicht die spontane Erweiterung des Muttermundes abzuwarten, sondern durch Cervixincisionen oder, wenn tunlich, auf andere Weise die Bedingungen für eine rasche Herausschaffung der Frucht zu schaffen. *Björkenheim.*

Zimmermann, Rob.: Zur Blutstillung in der Nachgeburtszeit und nach Ausstoßung der Placenta. (*Univ.-Frauenklin., Jena.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **39**, Nr. 47, S. 2296—2299. 1913.

Die Abklemmung der Parametrien ist bei Nachgeburtsblutungen, die sich sonst nicht stillen lassen, eine der wirksamsten Methoden. Wesentliche Gefahren sind damit nicht verbunden. Vor allem ist die Infektionsgefahr bei weitem geringer als bei anderen Verfahren, z. B. der Tamponade. Die einfache Technik ermöglicht schnelles Handeln und läßt das Verfahren besonders da empfehlenswert erscheinen, wo weitere Blutverluste auf alle Fälle vermieden werden müssen. Das sind vor allem die Fälle nach Placenta praevia, die vorher schon viel geblutet haben, bei denen die Toleranzgrenze für den Blutverlust erreicht ist und wo eine noch so geringfügige Nachblutung tödlich wirken kann. Da bei mangelhafter Technik jedoch Nebenverletzungen nicht mit aller Sicherheit auszuschließen sind, das Anlegen der Zangen außerdem schmerzhaft ist, und die angelegten Instrumente gelegentlich Beschwerden durch Druck auf die Weichteile verursachen, so wird man die Parametrien nur bei bedrohlichen Blutungen und nach Versagen der medikamentösen Therapie und der äußeren Handgriffe abklemmen. Verf. zieht diesen Eingriff den anderen inneren, auf die Blutstillung gerichteten Eingriffen vor. Wegen seiner einfachen Technik, der Möglichkeit absolut aseptischen

und schnellen Vorgehens und seiner zuverlässigen Wirkung ist er vor allem für den alleinstehenden Geburtshelfer zu empfehlen. *Runge* (Berlin).

Rouvier, Jules: Traitement de l'éclampsie puerpérale par la morphine et ses adjuvants à la maternité d'Alger. (Über die Behandlung der Eklampsie mittels Morphiums und einiger Hilfsmittel an der Frauenklinik zu Algier.) Journal de méd. de Paris Jg. **33**, Nr. 40, S. 778—779. 1913.

Kurze Mitteilung über eine Behandlungsart der Eklampsie, bei der das Morphium im Vordergrund steht, die nichts Neues bringt. 17 Fälle mit 4 Todesfällen. (Vgl. dieses Zentralblatt Bd. **2**, S. 459.) *Engelmann* (Dortmund).

Herzog, Georg: Über seltene Zirkulationsstörungen menschlicher Nieren, ein Fall von fast totaler Rindennekrose beider Nieren bei einer Eklamptischen. Verhandl. d. Dtsch. pathol. Ges. 16. Tag., Marburg, 31. III.—2. IV. 1913, S. 271 bis 272. 1913.

Demonstration beider Nieren einer 22jährigen Frau, die 4 Tage a. m. kurz nach Einleitung der wegen hochgradiger Ödeme und hohen Eiweißgehalts des Urins indizierten Frühgeburt eklamptische Anfälle bekam. Die gesamte Rindensubstanz ist nekrotisch. Die Nekrose ist hervorgerufen durch hyaline Fibrinthromben, die sich von den Vasa afferentia aus auf die Arteriae interlobulares fortgesetzt und diese fast sämtlich in den distalen zwei Dritteilen ihrer Stämme verstopft haben. An den erhaltenen Nierenteilen sieht man die Veränderungen einer Nephritis gravidarum. Zur Erklärung des Zustandekommens der hyalinen Thromben fanden sich in den Capillargefäßen beider Lungenoberlappen reichlich Fibrinthromben und an der Wand der Alveolen schalenförmige Ausgüsse aus hyalinem Fibrin. *Herzog* (Frankfurt a. M.).

Koleno, D.: Die Morbidität der Kreißenden 1. und 2. Klasse im Frauenspital Basel 1901—1910. Dissertation: Basel 1913.

Hauch, E.: Ein Fall von Sectio caesarea post mortem. (Ver. f. Gynaekol. u. Obstetr., 79. Sitz.) Ugeskrift for Læger Jg. **75**, Nr. 50, S. 2017. 1913. (Dänisch.)

28jährige Frau, die früher 4 mal geboren hatte, wurde wegen Phlebitis auf der Abteilung für Schwangere aufgenommen. Sie starb infolge Embolia arteriae pulmonalis, wurde aber sofort danach operiert. Während der Operation atmete die Patientin noch ein einziges Mal. Das Kind, das beinahe ausgetragen war, wurde wieder belebt. Während der Operation konnte man beobachten, daß der Uterus sich kontrahierte. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Kirchberg, Paul: Psychische Störungen während der Geburt. (*Städt. Irrenanst., Frankfurt a. M.*) Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. Bd. **52**, H. 3. S. 1153 bis 1163. 1913.

Zwei ausführliche und drei kurze Berichte über vorübergehende, $^1/_2$—2—3 Stunden andauernde Erregungszustände mit Desorientiertsein, Verwirrtheit, Halluzinationen während und nach der Geburt bei Frauen, welche sonst psychisch durchaus normal waren. In einem Falle dürfte vielleicht die Anämie (Hb 50) zu beschuldigen sein; sonst mag der Schmerz oder eine Änderung in der Relation zwischen Hirndruck und Blutdruck eine Rolle spielen. Mehrere Fälle aus der Literatur.

Zum Schluß kurze Erörterung der forensischen Bedeutung solcher unfreier Zustände mit Rücksicht auf die Frage des Kindsmordes. *Kermauner* (Wien).

Witherstine, H., H.: Indications for the caesarian section. (Indikationen für den Kaiserschnitt.) St. Paul med. journal Bd. **15**, Nr. 2, S. 68—69. 1913.

Man soll eine Sectio caesarea (classica) nur machen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: 1. Wenn die Beckendurchmesser so verkürzt sind, daß die Geburt per vias naturales unmöglich ist. 2. Wenn eine normale Geburt für das Kind Gefahren bringen könnte. 3. Wenn im unteren Uterinsegment sich ein Myom befindet, das eine Wendung nötig macht. 4. Wenn bei Placenta praevia eine Geburt per vias naturales gefährlicher erscheint als ein Kaiserschnitt. *Wiemer* (Herne).

Fischer, O.: Über Kaiserschnitte, Symphyseotomien und Hebosteotomien. (*Univ.-Frauenklin., Würzburg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1, S. 38—75. 1913.

In der Würzburger Klinik wurden in dem Zeitraum 1904—1913 bei einer Gesamtgeburtenzahl von 6891 62 Kaiserschnitte ausgeführt; gegen früher haben die Kaiserschnitte absolut und relativ zugenommen. Angewandt wurden der klassische Kaiserschnitt und der Kaiserschnitt mit nachfolgender supravaginaler Amputation und retroperitonealer Stielversorgung, ferner der suprasymphysische Kaiserschnitt sowie schließlich auch die Sectio cervicalis posterior bei

reinen Fällen, die extraperitonealen Methoden und auch die Sectio cervicalis posterior bei infektionsverdächtigen Fällen. An die neuen Methoden hat die Porrooperation mit extraperitonealer Stielversorgung fast alles verloren. Primäre Mortalität der Kinder 0%. Mortalität im 1. Lebensjahre 20.93%, also durchaus der landesüblichen Säuglingssterblichkeit entsprechend. Mütterliche Mortalität $3^1/_3$%, Gesamtmorbidität 69.27%. Alle Todesfälle, die dem Kaiserschnitte zur Last fallen, sind solche, die in das prognostisch unsichere Gebiet der extraperitonealen Methoden gehören. Die Symphyseotomie wurde nur 3 mal in den 90er Jahren ausgeführt, dann wegen der schlechten Resultate ganz aufgegeben. Die Hebosteotomie wurde in den Jahren 1904—1909 12 mal angewandt.

Die Vorteile der Hebosteotomie — gute Resultate in bezug auf die Kinder und ev. Erzielung einer späteren Spontangeburt — werden von den mannigfachen Nachteilen überwogen, so daß auch diese Operation jetzt verlassen wurde zugunsten des extraperitonealen Kaiserschnitts und der suprasymphysären Sectio mit peritonealer Umsäumung.

Sieber (Danzig).

Judd, E. S.: Caesarean section and caesarean-porro operation. Report of 12 cases. (Sectio caesarea und Porro.) St. Paul med. journal Bd. **15**, Nr. 2, S. 70—78. 1913.

Ohne Besonderheiten. *Wiemer* (Herne).

Delestre: La césarienne vaginale. (Der vaginale Kaiserschnitt.) Gaz. des. hôp. Jg. **86,** Nr. 138, S. 2192—2195. 1913.

Technik und Indikationen des vaginalen Kaiserschnittes. Letzterer ist eine hervorragende Methode der Schnellentbindung und hat vor dem abdominellen Kaiserschnitt den großen Vorzug, daß er ohne Allgemeinanästhesie ausgeführt werden kann, das Peritoneum nicht eröffnet und daher der Operationshock herabgemindert wird. Voraussetzung ist eine sichere chirurgische Technik. Die Indikationsstellung ist jetzt hinreichend präzise; es ist wünschenswert, daß sie nicht weiter ausgedehnt wird. *Holste.*

Rotter, Heinrich: Über meine beckenerweiternde Operation durch Promontoriumresektion. (85. Vers. dtsch. Naturforsch. u. Ärzte, Wien, September 1913.) Zentralbl. f. Gynaekol. Bd. **37,** Nr. 48, S. 1752—1755. 1913.

Wiederholung der schon früher beschriebenen Technik. 9 Fälle aus der Literatur; darunter ein Exitus (Peritonitis wohl infolge der Laparotomie). Gegen Gerstenbergs Folgerungen aus Leichenversuchen betont **Rotter**, daß Blutung nicht zu fürchten ist, daß man getrost 1 bis $1^1/_2$ bis 2 cm abmeißeln kann, daß man, falls die „kürzeste Vera" zum Sacrum geht, auch vom Sacrum abmeißeln müßte. Gegen Schmidt stellt Rotter durch Daten die absolute Priorität fest. Seine Methode ist die einzige kausale Therapie des engen Beckens. *Bauer* (Berlin).

Hofmeier, M.: Zur Berichtigung. Zentralbl. f. Gynaekol. Jg. **37,** Nr. 49, S. 1773 bis 1774. 1913.

Berichtigung einer Erwiderung Neuwirths (betreffend Diskussion über „Forceps intrauterinus" auf dem Naturforscherkongreß in Wien) dahin, daß Verf. sich ganz entschieden gegen die von Neuwirth vorgeschlagene Entbindungsmethode ausgesprochen habe. *Freund* (Wien).

Berthaut: Le signalement du forceps Tarnier. (Beschreibung der Tarnierschen Zange.) Journal de méd. de Paris Jg. **33,** Nr. 41, S. 799—801. 1913.

Berthaut gibt eine genaue Beschreibung der Zange Tarniers, deren ursprüngliche Gestalt außer Gebrauch zu kommen scheint. Daran schließt er eine Beschreibung der verschiedenen Anwendungsformen und der Technik, die er von Tarnier selbst noch hat ausführen sehen. B., der in mehreren verzweifelten Fällen die Geburt durch die Zange Tarniers glücklich vollenden konnte, bezeichnet es im Interesse der Schwangeren und Geburtshelfer als sehr wünschenswert, daß man die ursprüngliche Form dieser Zange wieder mehr zur Anwendung bringt. *Bayer* (Köln).

Doran, Alban: Jointed obstetric forceps. (Über Zangen mit Gelenken.) Journal of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. emp. Jg. **24,** Nr. **4,** S. 197—210. 1913.

Im allgemeinen sind Gelenke an den Löffeln und Griffen verworfen worden. Aufzählung der verschiedenen Typen von Zangen mit Gelenken und Beschreibung der verschiedenen Konstruktionen. Näheres ist aus der Arbeit zu ersehen. *Zweifel* (Jena).

Wochenbett:

Pierra, Louis: Injections vaginales et suites de couches. (Vaginale Spülungen und Puerperium.) Journal des sagesfemmes Jg. **41**, Nr. 21, S. 356 bis 358. 1913.

Spülungen sind bei normalem Wochenbett zu vermeiden, nur bei übelriechenden Lochien angezeigt. Genaue Beschreibung des Instrumentariums und der Technik. (Für den Hebammenunterricht berechnet, keine neuen Einzelheiten.) *Schiffmann.*

Davidsohn, Heinrich: Über die Reaktion der Frauenmilch. (*Waisenh. u. Kinderasyl, Berlin.*) Zeitschr. f. Kinderheilk., Orig. Bd. **9**, H. 1, S. 11—18. 1913.

Die Reaktion einer Lösung (Körperflüssigkeit usw.) ist abhängig von der Konzentration der Wasserstoff- und Hydroxylionen. Durch elektrometrische Messung läßt sich die $[H^{\cdot}]$ (Wasserstoffionenkonzentration) und daraus die $[OH']$ bestimmen. ($[H^{\cdot}] \times [OH'] = k$ für jede bestimmte Temperatur.) Die Wasserstoffionenkonzentration deckt sich nicht mit der Titrationsacidität. Durch Titration erfährt man nur die Gesamtsäuremenge und nicht den Gleichgewichtszustand zwischen dissoziierten und undissoziierten Molekülen, von dem allein die „Stärke“ der Acidität oder Alkalescenz abhängt. Der Umschlagspunkt des Lackmus ist zwar mit dem des wahren Neutralpunktes fast identisch, doch verschiebt er sich durch Gegenwart von Salzen und Proteinen. Infolgedessen läßt sich mit Lackmus die „absolute“ Reaktion von Frauenmilch und Kuhmilch nicht feststellen. Verf. hat an 20 von 13 Ammen stammenden Milchproben die Wasserstoffionenkonzentration in der Frauenmilch bestimmt. Diese Bestimmungen müssen sofort nach Gewinnung ausgeführt werden, weil die Milch (besonders die Frauenmilch) wegen des Entweichens von CO_2 und durch Bakterien und Fermente Veränderungen unterworfen ist. Im Durchschnitt aller Bestimmungen beträgt die $[H^{\cdot}] = 1{,}07 \times 10^{-7}$. Die Reaktion der Frauenmilch ist demnach spurweise sauer, etwas saurer als Blut und ein wenig alkalischer als Kuhmilch ($[H^{\cdot}] = 2{,}69 \times 10^{-7}$). *Edelstein* (Charlottenburg).[K]

Marfan, E. Feuillié, et Fr. Saint-Girons: Contribution à l'étude de la cytologie du lait de femme, en dehors de la période colostrale. Origine épithéliale des cellules du lait normal. (Beitrag zur Kenntnis der Cytologie der Frauenmilch außerhalb der colostralen Periode. Epitheliale Abstammung der Zellen der normalen Milch.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. Bd. **75**, Nr. 32, S. 387—389. 1913.

Verff. halten die Zellen in der Frauenmilch nach Untersuchungen an gesunden Müttern während voller Laktation für Abkömmlinge des Milchdrüsenepithels. Für diese Auffassung spricht die große Anzahl von Zwischenstadien zwischen intakten, epithelähnlichen Zellen in der Milch und den freien Kernen und den kernlosen Protoplasmamassen. Weiterhin ist das Protoplasma dieser Zellen in bemerkenswerter Weise verschieden von dem der Leukocyten, wie sich durch Brillant-Kresylblaufärbung nachweisen läßt, dagegen aber identisch bei allen Zellarten der Frauenmilch und auch bei den Protoplasmafragmenten, deren epitheliale Abstammung nie bestritten wurde. Schließlich läßt sich bei den Zellen aus der Frauenmilch regelmäßig und leicht ein Nucleolus nachweisen. *Gins* (Charlottenburg).

Neter, Eugen: Über einige Schwierigkeiten beim Stillen. Zeitschr. f. Kinderpfl. Jg. **8**, Nr. 12, S. 281—285. 1913.

Eine für Mütter bestimmte Anleitung zur Überwindung dieser Schwierigkeiten. *Holste.*

Stewart, Douglas H.: Lactation atrophy of the uterus. (Über Laktationsatrophie des Uterus.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. child. Bd. **68**, Nr. 5, S. 847—851. 1913.

Verf. berichtet über eine Reihe von Fällen, bei denen längere Zeit nach einer Geburt Milch in der Brust vorhanden war und inzwischen eine Atrophie des Uterus eintrat. In einem Fall fand er das linke Ovarium descendiert. Die Patientin hatte seit 13 Monaten keine Periode mehr gehabt, sie wurde melancholisch und klagte über Schmerzen im Becken. In den Brüsten Milch,

im übrigen wies die 25jährige Patientin die Erscheinungen des Klimakteriums auf. Laparotomie: Das Ovarium wird in seine normale Lage gebracht und der Uterus an den Lig. rotunda ventrofixiert. Nach 3 Tagen tritt die Periode wieder auf; Brüste leer. Heilung. *Zweifel.*

Houssay, B. A., L. Giusti und C. Maag: Wirkung der Hypophysenextrakte und ihres aktiven Prinzips auf die Milchsekretion. Rev. Soc. méd. Argentina. Bd. 21, Nr. 120, S. 365—385. 1913. (Spanisch.)

Verff. haben die Experimente an einer großen Zahl Katzen, Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden, dann an Ziegen, Schafen und Kühen angestellt, deren Melkertrag auch chemisch genau analysiert wurde, und schließlich an Frauen. Verwendet wurden Hypophysen von Kühen als Maceration in 7 proz. Salzlösung, als Abkochung (5 Minuten) in derselben Lösung oder als enteiweißte Abkochung. Resultat: Extrakte (besser: Lösungen) der Substanz nur des hinteren Hypophysenteils, anscheinend besonders des epithelialen, aber auch des nervösen Anteils wirkt stark lactagog auf alle oben genannten Tierarten und Menschen. Wiederholte Injektionen erzielen immer geringer werdenden Effekt. Kein absoluter Parallelismus zwischen allgemeiner Zirculationswirkung und sekretorischer Wirkung. Sekretion wird von örtlicher Vasodilatation begleitet und überdauert. Die aktive Substanz widersteht dem Kochen und wird durch Bleiacetat nicht niedergeschlagen, doch ist diese Widerstandsfähigkeit nicht unbegrenzt. Wirksam ist bei allen Species die venöse Applikation, die subcutane zwar nicht bei der Kuh, aber beim Weib. Die so erzielte Milch ist butterreich (6, 8, 11%), die übrigen Bestandteile nicht wesentlich verändert in der Zusammensetzung. Die milchsteigernde Wirkung verursacht durch direkte örtliche Wirkung auf die Drüse. Über Wirkung der Dauerapplikation und therapeutischen Verabfolgung läßt sich noch nichts sagen. *Michael* (Leipzig).

Raitsits, Emil: Falsche Lactation (Pseudolactatio). (Eingebildete, angebliche Trächtigkeit.) (*Tierärztl. Hochsch., Budapest.*) Berl. tierärztl. Wochenschr. Jg. 29, Nr. 47, S. 829—831. 1913.

Erwähnung einer Reihe von Fällen von falscher Trächtigkeit mit Pseudolaktation bei verschiedenen Tieren. Letztere Erscheinung hält Autor für die charakteristische. Ihr Auftreten erfolgt gewöhnlich 2 Monate nach Ablauf der Brunst. Die bisherigen Theorien betreff der Ursache derMilchproduktion werden hierdurch erschüttert. Ein direkter Nervenreflex ist nicht anzunehmen, da auch bei Exstirpation des lumbosakralen Rückenmarkes bei Trächtigkeit die Milchproduktion nicht zurückging. Allerdings gelang es, durch mechanische Reizung der Zitzen jungfräulicher und auch männlicher Tiere Milchabsonderung zu erzielen. Einzelne Autoren glauben an die Beteiligung des N. spermaticus externus, andere an die eines sensibel-motorischen Zentrums in der Hirnrinde (des Schafes). Eine Einwirkung durch Substanzen, deren Bildung mit der Entwicklung des Foetus einhergeht, ist nach obigen ebensowenig anzunehmen, wie eine solche infolge der Euterhyperämie, bewirkt durch die Kreislaufveränderung nach der Geburt. Autor nimmt als Ursache der Pseudolactation, angesichts ihres Auftretens nach der Menstruation, die innere Sekretion der Ovarien an. Erwähnt wird Vagelers Ansicht, der in jener Veränderung eine Parallelerscheinung zu der „grossesse nerveuse“ der Frauen sieht. *Mohr* (Berlin).

Harrar, James A.: The treatment of puerperal streptococcemia with intravenous injections of magnesium sulphate. (Die Behandlung der puerperalen Streptokokkämie mit intravenösen Injektionen von Magnesiumsulfat.) (Transact. of the Americ. assoc. of obstetr. a. gynecol., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. IX. 1913.) Americ. journal of obstetr. a. dis. of women a. childr. Bd. 68, Nr. 5, S. 825—846. 1913.

Anwendung der Methode in 9 Fällen, von denen bei fünf die Streptokokken im Blut nachgewiesen waren. Von diesen fünf ist nur eine Patientin gestorben. Die 2 proz. Lösung von Magnesiumsulfat in destilliertem, sterilisiertem Wasser, intravenös appliziert, ist ungefährlich für die Patienten. Seitdem die Lösung jetzt nicht mehr mit Kochsalzlösung hergestellt wird, kommen Schüttelfrost und Temperaturerhöhung

nach der Injektion nicht mehr vor. Jedoch soll die Injektion äußerst langsam geschehen: 400 ccm in etwa 20 Minuten. Das Magnesiumsulfat wirkt wahrscheinlich direkt auf die im Blute zirkulierenden Keime ein, obschon eine bactericide Kraft der Lösung in vitro nicht festgestellt werden konnte. Die Injektionen sollen jeden zweiten bis dritten Tag wiederholt werden, können abwechselnd auch subcutan gemacht werden. Die anderen üblichen therapeutischen Maßnahmen sind währenddessen nicht zu unterlassen. In chronischen Fällen sowie bei Thrombophlebitis und Pyämie hilft das Magnesiumsulfat anscheinend nicht. — Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten und Abbildung der Temperaturkurven. *Lamers* (Amsterdam).

Foetus und Neugeborenes:

Marfan, A.-B.: La ration alimentaire de l'enfant au sein. (Über die Nahrungsmenge des Brustkindes.) Journal de méd. interne Jg. **17**, Nr. **24**, S. 231 bis 233. 1913.

Verf. gibt die Milchmengen an, die ein Säugling im Durchschnitt in den verschiedenen Altersperioden pro Tag zu sich nimmt. Diese Menge schwankt aus verschiedenen Ursachen, die die Mutter oder das Kind betreffen. Bekommt ein schwächliches Kind eine kräftige Amme mit viel Milch, so läßt bald die Milchproduktion nach; deswegen soll in solchen Fällen die Amme auch noch ihr eigenes Kind säugen. Auch bei den einzelnen Mahlzeiten schwankt die Milchmenge außerordentlich. Näheres ist aus den beigefügten Tabellen zu ersehen. Die Nahrungsmenge soll nicht nach dem Alter, sondern nach dem Gewicht des Kindes bestimmt werden. Ein Brustkind soll etwa 100 Calorien pro kg Gewicht bekommen, ein künstlich ernährtes Kind 120 Calorien pro kg (Heubner). *Zweifel* (Jena).

Lynch, Charles F.: Milk and its care for the baby. (Die Milch und deren Pflege für den Säugling.) Americ. journal of clin. med. Bd. **20**, Nr. 8, S. 666 bis 667. 1913.

Verf. empfiehlt besonders zur heißen Jahreszeit dringend die Pasteurisation der Kindermilch im Gegensatze zum Kochen derselben und gibt einige praktische Winke zur Ausführung, wobei er das Kaltstellen der pasteurisierten Milch besonders betont. *Hall* (Graz).

Kern, Hans, und Erich Müller: Über eine vereinfachte Herstellung der Eiweißmilch. (*Großes Friedrichs-Waisenh. d. Stadt Berlin, Rummelsburg.*) Berl. klin. Wochenschr. Jg. **50**, Nr. 48, S. 2237—2238. 1913.

Zur Verwendung kam gewöhnliche, käufliche Buttermilch. 1 l Buttermilch wird mit 1 l Wasser gemischt, unter Rühren kurz aufgekocht und dann mit Wasser wieder auf 2 l aufgefüllt. Dann ruhig stehen lassen, damit das Casein sich absetzt. Von der darüber stehenden Molke nach ca. 30 Minuten 1125 g mit dem Schöpflöffel abnehmen. Der zurückbleibende Molkenrest plus Caseinsatz wird (um den normalen Fettgehalt zu erhalten) mit 125 g = $^1/_8$ l 20proz. gekochter Sahne auf 1 l aufgefüllt. Das ist die zusatzfreie, fertige Eiweißmilch. — Zuckerzusatz je nach Verordnung: 3, 5, 7 oder mehr Prozent. Sahnenzusatz ist je nach Fettreichtum der verwendeten Sahne zu variieren.

Vorzüge des Verfahrens: Frisch gefälltes Casein gegenüber sonst verwendeten Ersatzpräparaten, Herstellungsmöglichkeit im Privathause, Billigkeit. *Hirsch* (Charlottenburg).

Strauss, Paul: La puériculture. (Der Kinderschutz.) Rev. philanthrop. Jg. **17**, Nr. 199, S. 5—19. 1913.

Autor betont die Notwendigkeit von hygienischen Maßregeln und sozialen Verbesserungen vor und nach Geburt des Kindes. In der Reihe der von ihm vorgeschlagenen Mittel findet sich nichts Neues gegenüber dem in Deutschland geübten System. *Mohr* (Berlin).

Moussous, André, et Eugène Leuret: Le sevrage. (Die Entwöhnung der Säuglinge.) Sem. gynécol. Jg. **18**, Nr. 25, S. 198—201. 1913.

Die Verff. weisen darauf hin, daß mit dem Augenblick der Entwöhnung für die Kinder große Gefahren entstehen. Sie wollen deshalb die Regeln für die Entwöhnung genau feststellen, die Bedingungen festlegen, unter welchen eine plötzliche oder früh-

zeitige Entwöhnung gerechtfertigt und durchführbar ist, und die Folgen einer falsch oder mangelhaft durchgeführten Entwöhnung erörtern. Sie gehen die große Reihe der in Frage kommenden Ersatznährmittel durch und berechnen die erforderliche Menge nach Calorien. Zum Schluß besprechen sie die Technik der Entwöhnung und die widrigen Zufälle, die bei unrichtigem Vorgehen dem Kinde zustoßen können.

Bayer (Köln).

Peignaux: Hypotrophie prolongée chez un prématuré débile. (Langdauernde Hypotrophie bei einer schwächlichen Frühgeburt.) Clin. infant. Jg. **11**, Nr. 20, S. 617—620. 1913.

Kurze Mitteilung über einen 5 Jahre alten, im 8. Schwangerschaftsmonat mit einem Körpergewicht von 1500 g geborenen und bis zum 6. Monat an der Mutterbrust ernährten Knaben. Das Kind wiegt zurzeit 10 kg bei einer Länge von 81 cm; Kopfumfang 50 cm. Dentition normal, starke Lordose, beiderseitige kongenitale Hüftluxation. Es handelt sich weder um hereditäre Lues noch um Achondroplasie, sondern um einen allgemeinen Wachstumsrückstand, wie er öfters bei schwächlichen Frühgeburten zur Beobachtung kommen soll. Vielleicht spielt auch eine Hypofunktion der Schilddrüse mit: Schilddrüsenzufuhr schien einen günstigen Einfluß auf das Wachstum auszuüben (Längenzunahme von 77 auf 81 cm im Laufe von 6 Monaten). *Salle*.[K]

Hässner, H.: Beiträge zur Lehre fetaler Knochenkrankheiten. (*Pathol. Inst., Univ. Rostock.*) Stud. z. Pathol. d. Entwickl. Bd. **1**, H. 1, S. 12—49. 1913.

Im Anschluß an die Neueinteilung der rachitisch-malacischen Prozesse v. Recklinghausens und die dahin erweiterte Lehre von der Osteogenesis imperfecta, daß es überlebende Formen dieser fötalen Skeletterkrankung sicher gibt, liefert Hässner die ausführliche Analyse eines Falles von Knochenerkrankung.

11 jähriges Mädchen. Schon in den ersten Lebensjahren sollen multiple Deformitäten der Rumpf- und Extremitätenknochen vorhanden gewesen sein. Die eingehende Untersuchung fördert sehr komplizierte Erscheinungen zutage, die sich nicht unter einen einzelnen Krankheitsbegriff einreihen lassen. Die meisten Knochen ließen sich ohne jede Entkalkung mit dem Mikrotom gut schneiden; es finden sich sowohl hypo- wie hyperplastische Vorgänge, die stärksten Störungen treten in der periostalen Knochenbildung auf, ferner am Mark und an den Callusbildungen. Diese Befunde zusammen mit den zahlreichen Spontanfrakturen bei durchweg mangelhaft entwickeltem Knochengewebe erinnern an die Osteogenesis imperfecta. Außerdem sind aber auch Veränderungen der enchondralen Knochenbildung und der Knochenknorpelgrenzen an den großen Röhrenknochen vorhanden, die gewöhnlich als floride rachitische Symptome bezeichnet werden. Die hochgradige Porencephalie der linken Großhirnhemisphäre wird im Sinne einer Osteogenesis imperfecta als Knochengewebshypoplasie erklärt. Auf Grund aller dieser Befunde denkt Verf. an die Möglichkeit, daß zunächst eine Osteogenesis imperfecta (tarda) bestanden habe, zu der sekundär im postnatalen Leben die rachitischen Schädigungen hinzugetreten seien. Zum Schlusse seiner Ausführungen beschreibt der Verf. fötale Skelettveränderungen von einem neugebornen Kalbe, die nichts mit Rachitis zu tun haben, mit Sicherheit aber weder unter die Mißbildungen, noch unter die Osteogenesis imperfecta einzureihen sind. *Weishaupt* (Berlin).

Hofmann, L.: Zur Kenntnis der Ätiologie des Pemphigoids (Pemphigus neonatorum resp. infantilis), seiner Beziehungen zur Ritter von Rittershainschen Dermatitis exfoliativa neonatorum und zur Impetigo contagiosa (s. vulgaris) staphylogenes. (*Dermatol. Univ.-Klin., Bern.*) Arch. f. Dermatol. u. Syphil., Orig. Bd. **118**, H. 1, S. 245—259. 1913.

Fall 1. Brustkind, 18 Tage alt, seit 4. Lebenstag rote Flecken und Krusten in Gesicht und an Beinen, die sich schnell ausgebreitet haben. Klinisches Bild der Dermatitis exfoliativa (Ritter von Rittershain). Von den Krusten Staphylokokken in Reinkultur gezüchtet. Am 28. Lebenstag Auftreten zahlreicher kleiner Blasen: Pemphigoid. Kulturell nur Staphylokokken. Durchfälle, Fieber. Nach 13 Tagen Exitus. Die Mutter hatte am linken Mundwinkel eine Impetigo contagiosa vulgaris, aus der nur Staphylokokken zu züchten waren. — Fall 2. Säugling. Seit 7. Lebenstag blasenförmiger Ausschlag: Pemphigoid. Kulturell nur Staphylokokken. Am 16. Tage trat eine Varicelleninfektion dazu. Heilung.

Daraus schließt der Verf., daß das Pemphigoid der Neugeborenen im wesentlichen auf einer Staphylokokkeninfektion zu beruhen scheint. Der erste Fall beweist die ätiologische Beziehung zu einer klinisch und bakteriologisch typischen Impetigo contagiosa s. vulgaris staphylogenes, die sich durch ganz dünne Krusten, Abheilung mit

mehr bräunlicher Färbung und atypischer Lokalisation von der typischen streptogenen Form unterschied. Verf. zeigt dann an Fällen, daß auch bei älteren Kindern rein staphylogene seröse Blasen vorkommen. Da im Fall 1 eine Ritter von Rittershainsche Dermatitis exfoliativa deutlich in ein Pemphigoid überging, so spricht diese Beobachtung in Verbindung mit den Angaben der Literatur für die ätiologische Identität beider Krankheiten, von denen die erstere vor allem in den allerersten Tagen zustande zu kommen scheint. *Moos* (Breslau).

Ferreira, Clemente: Nouvelle contribution à l'étude de la valeur diagnostique du signe de Sisto dans l'hérédo-syphilis infantile. (Neuer Beitrag zum Studium über den diagnostischen Wert des Sistoschen Zeichens bei Kindern mit hereditärer Lues.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. Jg. **8**, Nr. 9, S. 522—529. 1913.

Verf. hat an 10 Kindern die Beobachtung gemacht, daß das sogenannte Sistosche Symptom, wonach Neugeborene mit hereditärer Syphilis fortwährend schreien, als diagnostisches Hilfsmittel eine große Rolle spiele. Vor allem sei typisch, daß die Kinder dann heftiger schrieen, wenn man sie bewege oder auf den Arm nehme. Infolge der Veränderungen in der Epiphysenregion der Knochen verspüren die Kinder bei Bewegungen heftige Schmerzen, und dadurch sei das Schreien zu erklären. *Wiemer.*

Tuley, Henry Enos: Hemorrhage from intestine in new-born. (Darmblutung bei einem Neugeborenen.) Louisville monthly journal of med. a. surg. Bd. **20**, Nr. 5, S. 146—148. 1913.

Bei einem 5 Tage alten Neugeborenen mit blutigen Stühlen werden 4 subcutane Injektionen von je 10 ccm normalem Pferdeblutserum in 8 stündigen Intervallen gemacht. Nach 3 Tagen Aufhören der Blutungen und nach weiteren 4 Tagen normale Entleerung. *Hall* (Graz).

Clippingdale, S. D.: Haemorrhage in a newly born infant. (Meläna bei einem neugeborenen Kind.) British med. journal Nr. **2756**, S. 1058. 1913.

Verf., der als Gerichtsarzt autoptisch einen Fall von Meläna bei einem einen Tag alten Kind gesehen hat, wirft die ja nicht neue Frage auf, ob als Ursache nicht eine bakterielle Infektion anzusehen ist. Die Hebamme hat ihm angegeben, daß das Kind viel Schleim verschluckt hat. *Rothe* (Breslau).

Lundsgaard, C.: Nebennierenblutungen bei Neugeborenen. (Ver. f. Gynaekol. u. Obstetr., 79. Sitz.) Ugeskrift for Læger, Jg. **75**, Nr. 50, S. 2019—2022. 1913. (Dänisch.)

Erschienen in Virchows Archiv, November 1912. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Schohl, A.: Über den sogen. Mongolenfleck. Dissertation: München 1913.

Sammelreferat. *Loeb* (München).

Lundsgaard, C.: Zwei Fälle von angeborener doppelseitiger Cystenniere bei Neugeborenen. (Ver. f. Gynaekol. u. Obstetr., 79. Sitz.) Ugeskrift for Læger, Jg. **75**, Nr. 50, S. 2018. 1913. (Dänisch.)

Häberle, A.: Über angeborene Pulmonalatresie und Aortenstenose. (*Univ.-Frauenkl., Würzburg.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **75**, H. 1, S. 124 bis 131. 1913.

Eingehende Beschreibung je eines Falles von angeborener Pulmonalatresie und entzündlicher Aortenstenose. Fall I. Mutter im 5. Jahre aus unbekannter Ursache Femurkopf reseziert, sonst Familien- und Schwangerschaftsanamnese o. B. Kind stark cyanotisch geboren, leicht dyspnoisch, stirbt nach 48 Stunden. Autopsie ergibt: Arteria pulmonalis vom Durchmesser eines dünnen Federkieles zeigt in Höhe ihres Überganges in die Ventrikelmuskulatur eine Atresie, rechter Ventrikel rudimentär entwickelt (haselnußgroß) bei gleichzeitig bestehender Tricuspidalstenose und geschlossenem Kammerseptum. Im rechten Vorhof verläuft eine senkrecht gestellte, nur etwas nach rechts gegen die oberen Vorhofwände abweichende dünne Membran, die bezüglich ihrer Ansatzstelle an der unteren Wand des Vorhofs dem Verlaufe der Valvula Eustachii entspricht; sie erstreckt sich bis zur vorderen, oberen und hinteren Wand des Vorhofs und ist mit diesem in geschlossener Kontinuität verwachsen. Angesichts dieser auf eine Entwicklungsstörung zurückzuführenden Membran sowie des Fehlens entzündlicher Residuen an dem Pulmonal- und Tricuspidalostium glaubt Verf. diesen Fall als Bildungsfehler ansprechen zu müssen. Fall II. Familienanamnese der Mutter o. B.; in dieser Schwangerschaft 3 Tage Diarrhöe. Urin frei von Albumen. Kind 3500 g, macht nach

der normal verlaufenen Geburt einige Atembewegungen, kann aber nicht zum regelmäßigen Atmen gebracht werden und stirbt $1^1/_2$ Stunden p. p. ohne Cyanose, aber bei sehr starker, objektiv wahrnehmbarer Herztätigkeit. Die Autopsie ergab: starke Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikel, dessen Endokard glänzend weiß und stark verdickt ist. Der Conus der Aorta ist in seiner obersten Partie an der Übergangsstelle in das Aortenrohr stark verengt. Die Aortenklappen sind besonders an ihrem feinen Rand stark verdickt, und mit ihren seitlichen Rändern miteinander derart verschmolzen, daß das Klappenostium kaum für eine dünne Sonde durchgängig ist. Die freien Ränder der beiden Gipfel der Mitralklappen sind vollkommen mit warzenförmigen Exkrescenzen bedeckt, die zugehörigen Sehnenfäden sind stark verdickt und auf die Länge von 1—3 mm verkürzt. Mikroskopisch zeigt sich das stark verdickte Endokard des linken Ventrikel frei von frisch entzündlichen Prozessen mit scharfer Abgrenzung gegen die Muskulatur, welche gleichfalls frei von Schwielen und kleinzelliger Infiltration ist. Die Knötchen der Mitralklappen sind von vollkommen organisiertem Gewebe gebildet. Fibrinauflagerungen fehlen vollkommen. Verf. führt die Aortenstenose auf eine fötale Endokarditis zurück, welche nach der starken Entwicklung des linken Ventrikel erst in den letzten Monaten der Schwangerschaft, vielleicht als Folge der in starker Diarrhöe sich äußernden Erkrankung der Mutter im 8. Schwangerschaftsmonat aufgetreten sein kann. Die starke Dilatation des linken Ventrikel möchte Verf. damit erklären, daß die Mitralinsuffizienz der Aortenstenose voraufgegangen war. *Vaßmer* (Hannover).

Kondring, Heinrich: Basale sphenoorbitale Meningocele. (*Prov.-Frauenklin., Posen.*) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. **38**, H. 2, S. 170—176. 1913.

Bericht über eine abnorm große basale Meningocele, die die ganze rechte Kopf- und Gesichtshälfte monströs auseinanderzerrte und zu einem Kopfumfang von 54 cm Veranlassung gab. Die Geburt war spontan verlaufen, wie bei den meisten in der Literatur bekannten Fällen dieser Art; das Kind schrie sogleich kräftig. Fruchtwasser soll eher vermehrt gewesen sein. Verf. operierte mit Erfolg radikal und erzielte nach primärer Wundheilung ein gutes funktionelles und kosmetisches Resultat. Doch starb das Kind nach 3 Monaten, wahrscheinlich an einem sekundären Hydrocephalus, der fast immer den Erfolg dieser Operationen zu nichte macht.

Etwas aussichtsreicher gestaltet sich die Ventrikeldrainage nach Payr mittels Venentransplantation, noch bessere Resultate erhielt Cushig mit seiner Methode, den Hirndruck dadurch herabzusetzen, daß er den subduralen Raum des Rückenmarks mit dem retroperitonealen Bindegewebe durch eine silberne Kanüle verbindet. *Ehrenberg.*

Lundsgaard, C.: Demonstration von Mikrophotographien vom Rückenmark eines Amelos. (Ver. f. Gynaekol. u. Obstetr., 79. Sitz.) Ugeskrift for Læger Jg. 75, Nr. 50, S. 2019. 1913. (Dänisch.)

Die wichtigsten pathologischen Veränderungen auf verschiedenen Querschnitten der Medulla waren durch drei Dinge charakterisiert: 1. eine abnorme Verteilung der grauen und weißen Substanz; 2. zerstreute, an gewissen Stellen erhebliche Dilatationen des Zentralkanals (Hydromyelie); 3. Einwucherung starker Bündel gefäßführenden Bindegewebes von der Pia aus. *Gammeltoft* (Kopenhagen).

Hebammenwesen und -unterricht:

Baas, Karl: Mittelalterliche Hebammenordnungen. Festschrift f. Sudhoff. Arch. f. d. Gesch. der Naturwiss. u. d. Technik Bd. **6**, S. 1—7. 1913.

Eine Ergänzung zu Burckhards „Studien zur Geschichte des deutschen Hebammenwesens". Es handelt sich zunächst um „Der Hebammen Eydt mit der ordnung", die in den Polizeiverordnungen der Stadt Freiburg vom 20. März 1510 sich verzeichnet findet. Verf. teilt den Wortlaut dieser Verordnung mit. Als im Jahre 1556 die Stadt eine neue Ordnung aufstellen wollte, hielt sie Umschau nach gleichartigen Bestimmungen in anderen Städten; zwei solcher, die nach Freiburg gelangten, die eine aus Straßburg, die andere aus Zürich, verzeichnet Verf. ebenfalls im Wortlaut. Wieweit der Magistrat Einzelheiten aus diesen beiden in seiner eigenen neuen Ordnung von 1557 verwertet hat, findet sich bereits in Burckhards Buche mitgeteilt. *Buschan* (Stettin).

Kindler, Arno: Säuglingsfürsorge und Hebammen. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. **26**, Nr. 22, S. 847—850. 1913.

Die Säuglingsfürsorge ist in der Stadt und auf dem Land gänzlich verschieden zu bewerten. Auf dem Lande bringt man ihr gar kein Interesse entgegen. Die Aufklärungsarbeit durch Merkblätter usw. erzielt sehr wenig. Die Förderung der Ziegenzucht zur

Beschaffung guter Säuglingsnahrung macht nur langsame Fortschritte. Der unmittelbaren persönlichen Aufklärung ist ein größerer Wert beizumessen. Die Fürsorge soll von Hebammen ausgeübt werden. Diese müßten allerdings mehr als bisher in der Säuglingsfürsorge ausgebildet werden. Die Fürsorge hätte sich auf die Überredung der Mütter zum Selbststillen, auf die Pflege der Brust, auf die Art etwaiger künstlicher Ernährung, auf die Beobachtung etwaiger krankhafter Zustände zu erstrecken. Eine besondere staatliche Entlohnung müßte eintreten. Durch die Besserung der Einkommenverhältnisse würde auch das Ansehen der Hebammen in wünschenswerter Weise gehoben. *Benthin* (Königsberg).

Kirstein: Über die Beziehungen der geburtshilflichen Wissenschaft zu den Fragen des Hebammenstandes. Ann. f. d. ges. Hebammenw. Bd. 4, H. 4, S. 303 bis 319. 1913.

Da in Deutschland 80% aller Entbindungen von Hebammen geleitet werden, so müssen diese Mittlerinnen zwischen den Ergebnissen geburtshilflicher Wissenschaft und praktischem Leben die Fortschritte der Wissenschaft zum Wohle der anvertrauten Mütter und Neugeborenen in sich aufnehmen. Die Art der Schulbildung ist ziemlich gleichgültig; Hauptsache ist Intelligenz, Pflichtbewußtsein und Charakterstärke, Eigenschaften, welche zweifellos unabhängig sind vom Schulunterricht, und deren Vorhandensein sich schon in den ersten Ausbildungswochen zeigt. Schülerinnen, die nach dieser Richtung zu wünschen übrig lassen, sind zurückzuschicken. Die Hebammen sollen nur mit mehrjährig erprobten und exakten Vorschriften für alle ihre Verrichtungen versehen werden selbst auf die Gefahr hin, daß ein wirklich guter Ratschlag erst verhältnismäßig spät ihr Eigentum wird. Vor allem muß ihnen die Notwendigkeit dieser Vorschriften begreiflich gemacht werden. Von den 3 Möglichkeiten der Fortbildung — neue Lehrbuchauflagen, 2 jährlich stattfindende kreisärztliche Nachprüfungen, Fortbildungskurse — sind von wirklichem Nutzen nach Verf. Ansicht nur die letzteren. Die Einkommensverhältnisse der Hebammen — nur 2% der preußischen Hebammen verdienen jährlich über 1000 M. — werden erst dann besser werden, wenn die Auswahl der Schülerinnen strenger, das Examen schwerer und damit der Zustrom zum Hebammenberuf geringer werden wird. *Graeupner* (Bromberg).

Rissmann: Die Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens. Ann. f. d. ges. Hebammenw. Bd. 4, H. 4, S. 348—350. 1913.

Entgegnung auf den Artikel Veits im Juliheft der „Monatsschr. f. Geb. u. Gynaekol.“ *Harm* (Dortmund).

Grenzgebiete.

Neurologie und Psychiatrie:

Türkel, Siegfried: Liebe zum Gatten als „überwertige Idee“. Ein psychologischer Beitrag zur Kasuistik des Betruges. Arch. f. Kriminal-Anthropol. u. Kriminalist. Bd. 55, H. 3/4, S. 328—344. 1913.

Eine sehr exaltierte Frau hat in 30jähriger Ehe immer mehr Schulden gemacht, aber dem Gatten gegenüber verheimlicht. Untersuchungshaft wegen Betruges. Der Gerichtsarzt bezeichnet die Frau nicht als geisteskrank, weist aber ausdrücklich auf die Schwere der krankhaften psychischen Beschaffenheit hin, aus welcher die Handlungen sich erklären. Das Fakultätsgutachten (Wien) betont als wesentlichen Grund für das fortgesetzte Schuldenmachen die Angst, daß der Gatte etwas erfahren könnte. Der Verschwiegenheit der Gläubiger habe die Frau die größten Opfer gebracht. Es liegt bei der psychopathischen Person eine Denkstörung in Form einer überwertigen Idee vor, die so fest sitzt, daß korrigierende Vorstellungen ganz wirkungslos bleiben, und auch die Einsicht in Strafbarkeit der Handlung fehlt. Auf Grund dieses Gutachtens wird das Strafverfahren eingestellt, die Frau zivilrechtlich (wegen Wahnsinns) unter Kuratel gestellt. *Kermauner* (Wien)

Soziales. Statistik:

Samuel: Erlaß des Herrn Ministers des Innern vom 10. Juli 1913 betreffend Rundfrage über Fehlgeburten. Bericht ü. d. 52. Sitzg. d. Ärztekammer f. d. Prov. Pommern v. 23. X. 1913, Stettin, S. 30—35. 1913.

Bericht über die Rundfrage in der Provinz Pommern. Es hatten noch nicht 48%

der Ärzte auf die versandten Fragebogen geantwortet (222 Antworten). — ad 1: „Haben Sie in Ihrer Praxis eine Zunahme der Fehlgeburten beobachtet?“ Von der Mehrzahl der diese Frage verneinenden (im ganzen 114) Ärzte ist wohl anzunehmen, daß sie eine nur geringe geburtshilfliche Praxis haben, so daß ihre Mitteilungen viel weniger Wert besitzen dürften, als die der geringen Zahl (86), die sich bejahend äußern; unter diesen verfügen manche über ein sehr bedeutendes Material. Man kann also die 1. Frage wohl dahin beantworten, daß in der Tat eine Zunahme der Fehlgeburten in der Praxis beobachtet worden ist. — ad 2: Wie groß ist die Anzahl der Fehlgeburten in den Jahren 1910, 1911 und 1912, bei der Ihre ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde?“ 147 Ärzte haben darüber Angaben gemacht, darunter allerdings viele nur durchschnittliche und schätzungsweise; ihre Angaben schwanken ganz beträchtlich. Ein Arzt aus der Peripherie Stettins weist ziffernmäßig an seinem Material aus den Jahren 1904 bis 1912 nach, daß die Fehlgeburten in demselben Maße zugenommen wie die Geburten abgenommen haben. — ad 3: „Haben Sie Grund zu der Annahme, daß ein Teil dieser Fehlgeburten an den Betroffenen mit Absicht bzw. mit Zustimmung der betreffenden weiblichen Personen herbeigeführt worden ist? Bei Bejahung dieser Frage: „In wieviel Fällen etwa (Prozente) haben Sie solche Beobachtungen gemacht?“ 83 haben den ersten Teil dieser Frage verneinend beantwortet, 105 bejahend; letztere sind fast durchweg Ärzte, die über eine reichliche Erfahrung verfügen. Bezüglich des zweiten Teiles der Frage differieren die Angaben außerordentlich, nämlich zwischen 2 und 100%; die meisten Angaben bewegen sich zwischen 40 und 75%. Es wird mehrfach darauf hingewiesen, daß die meisten Fehlgeburten gar nicht zur Kenntnis der Ärzte kommen, sondern vielfach von den Hebammen besorgt werden. Im allgemeinen kann man also sagen, daß ein Teil der Fehlgeburten, mindestens etwa 50%, mit Absicht bzw. Zustimmung der betreffenden weiblichen Person herbeigeführt werden. — ad 4: „Ist Ihnen bekannt geworden, daß weibliche Personen in zunehmendem Maße an Ärzte mit dem Ansinnen herantreten, eine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft vorzunehmen?“ 99 Ärzte haben diese Frage rundweg bejaht, 110 verneint, wohlgemerkt eine „Zunahme“ wie es in der Frage hieß. Auch hier wieder haben Ärzte mit größerer Praxis zugestimmt. Ein Arzt behauptet sogar, daß kaum ein Tag verginge, an dem an ihn nicht bei der Konstatierung einer Schwangerschaft ein solches Ansinnen gestellt werde, und daß das Verlangen einer vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft etwas Alltägliches wäre. Auch wurde mehrfach beobachtet, daß auffallend häufig verheiratete Frauen oder auch ihre Männer die Abtreibung mit Hinweis auf ihre mißliche soziale Lage verlangen. Also auch die vierte Frage ist im allgemeinen zu bejahen. — Anknüpfend an diesen Bericht versucht Samuel noch Vorschläge gegen die gewollten Fehlgeburten in Vorschlag zu bringen. Erstens müßte eine möglichste Unterdrückung aller Anpreisungen in Zeitungen, Broschüren, Vorträgen, die sich irgendwie mit Frauenleiden, Geschlechtskrankheiten, Rat und Hilfe, Blutstockung u. a. m. befassen, verboten werden; zweitens wären alle zur Kenntnis kommenden Fälle von Abtreibung zu untersuchen und alle hiermit sich befassenden Personen streng zu bestrafen. Drittens müßte eine Kontrolle der Hebammen, eventuell eine Verpflichtung ihrerseits, Bücher über Fehlgeburten zu führen, vorgeschrieben werden, viertens ein Verbot des Hausierhandels mit Abtreibungsmitteln strenge durchgeführt werden. *Buschan* (Stettin).

Danner: Bevölkerungsbewegung im Stadtbezirk Regensburg im Jahre 1912. Bl. f. Säuglingsfürs. Jg. 4, H. 12, S. 371—374. 1913.

Cros-Mayrevieille, G.: La dépopulation et l'assistance aux familles nombreuses. (Entvölkerung und Unterstützung kinderreicher Familien.) Rev. philanthrop. Bd. 33, Nr. 198, S. 627—668. 1913.

Unter kinderreichen Familien versteht das Gesetz von 1913, das deren Unterstützung vorsieht, solche mit mindestens 3 Kindern unter 13 Jahren. Die Unterstützung soll 50—60 Francs pro Jahr und Kind betragen. Die zur Durchführung der Unterstützungen notwendige Summe wird auf 41 Millionen Francs geschätzt. Außer der

Barunterstützung sieht das Gesetz Unterbringung von Waisen in Anstalten auf Staatskosten vor. Die Unterstützung darf nicht entzogen werden, solange Bedürftigkeit vorliegt. Von diesem Gesetz, zugleich mit einer Besserung der Arbeiterwohnungen, ebenso wie Maßnahmen gegen den künstlichen Abort, hofft Verf. einen günstigen Einfluß auf den Geburtenrückgang in Frankreich. *Nothmann.*[K]

Mabilleau, Léopold: Organisation administrative des mutualités maternelles françaises. (Verwaltungsorganisation der französischen Mutterhilfen auf Gegenseitigkeit.) Rev. belge de puéricult. Jg. **2**, Nr. 10, S. 190—193. 1913.

Die einzelnen Mutterhilfen sollen in einer „Gesellschaft" vereinigt werden, welche die vorhandenen Geldmittel je nach Bedürfnis an die einzelnen Stellen verteilt. Die Mitglieder setzen sich zusammen aus „empfangenden" und Ehrenmitgliedern, die nur zahlen. Eine gewisse Summe ist regelmäßig, auch von den empfangenden Mitgliedern aufzubringen, damit das Prinzip der Gegenseitigkeit gewahrt bleibe. Sie erhalten dann nach der Entbindung wöchentliche Unterstützungen als Entschädigung für den ihnen entgangenen Verdienst. Damen der besseren Stände sollen freiwillig bei Recherchen, Unterstützungsbewilligungen und den Beratungsstunden mitwirken. Staat und Kommunen beteiligen sich als zahlende Mitglieder. *Nothmann* (Berlin-Wilmersdorf).[K]

Staeps: Mutterschutz- und Säuglingsfürsorge-Einrichtungen der Aktien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation in Greppin-Werke. (*Med. u. Wohlfahrts-Abt. d. A.-G. f. Anilin-Fabr., Greppin-Werke.*) Zentralbl. f. Gewerbehyg. Jg. **1**, H. 12, S. 542 bis 543. 1913.

Hoffa, Theodor: Über Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge Jg. **5**, Nr. 11, S. 325—329. 1913.

Lesenswerter Aufsatz, der dies wichtige Thema in populärer Form behandelt. *Rietschel* (Dresden).[K]

Deutsch, Ernö: Sozialhygienische Versorgung der abnormen Kinder. Zeitschr. f. Säuglingsfürs. Bd. **7**, H. 5, S. 167—177 u. H. 6, S. 202—214. 1913.

Ausführliche, statistische Arbeit, zu kurzem Referate nicht geeignet. *Schmid* (Prag).

Meyer: Der Geburtenrückgang in Frankreich. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. **26**, Nr. 22, S. 851—854. 1913.

Reproduktion einer Karte von Frankreich nach Prof. Ed. Fuster, welche eine Übersicht nach Departements darüber gibt, wieviele Todesfälle auf 100 Geburten im Jahre 1912 kommen; nur in drei Departements übertrifft der Überschuß der Geburten um 30 auf 100 die Todesfälle. In 30 Departements, mehr als einem Drittel des Landes, überwiegt die Zahl der Todesfälle die der Geburten. Die stärkste Geburtenabnahme findet in den reichen Tälern der Seine und der Rhone und im Bassin der Garonne statt. Nach Fuster ist eine der Hauptursachen der Entvölkerung, daß die Schwiegermütter nicht mehr Großmütter sein wollen. *Grünbaum* (Nürnberg).

Maurel, E.: Influence comparée du père et de la mère sur le nouveau-né. (Einfluß von Vater und Mutter auf das Neugeborene.) Prov. méd. Jg. **26**, Nr. 48, S. 530—532. 1913.

Auf Grund vergleichender Studien, die sich neben Tieruntersuchungen (Kaninchen) auf europäische und asiatische Völkerrassen beziehen, kommt Maurel zu dem Ergebnis, daß der väterliche Einfluß auf das Neugeborene größer ist als der mütterliche. Wenn die Feststellungen sich auch nur auf äußere Kennzeichen und anthropometrische Messungen beziehen, so vermutet M. doch, daß sie auch hinsichtlich der Übertragung intellektueller und affektiver Eigenschaften zu Recht bestehen. Man muß deshalb bestrebt sein, in erster Linie durch Vervollkommnung des männlichen Geschlechts die Art zu verbessern. Für Frankreich erwächst aus den Untersuchungsergebnissen die praktische Folgerung, daß die wegen der schwachen Bevölkerung stattfindende fremde Einwanderung — die hauptsächlich das männliche Geschlecht zuführt — in bezug auf die Reinheit der eigenen Rasse eine große Gefahr bedeutet. *Holste* (Stettin).

Ferguson, James Haig: Some twentieth-century problems in relation to marriage and childbirth. (Einige Aufgaben des zwangigsten Jahrhunderts für Ehe und Zeugung.) Transact. of the Edinburgh obstetr. soc. Bd. **38**, S. 3 bis 45. 1913.

„Intrauterine Puerikultur", Mutterschutzbestrebungen, namentlich in bezug auf England resp. Schottland, biologische Vorbedingungen für die Heirat. Heredität und andere sozialhygienische Fragen werden auf Grund von statistischem Material eingehend besprochen.

Schmid (Prag).

May, R. E.: Die Zahl der Isrealiten am Sinai und ihre Fruchtbarkeit in Ägypten. Zeitschr. f. Demogr. u. Stat. d. Juden Jg. **9**, Nr. 10, S. 141—151 u. Nr. 11. S. 160—167. 1913.

Grandidier, G.: Le marriage à Madagascar. (Die Ehe auf Madagaskar.) Bull. et Mém. de la Soc. d'anthropol. Paris. Bd. **4**, S. 9—46. 1913.

Verf. schildert hier in einer längeren Abhandlung das Geschlechts- und Eheleben des weiblichen Geschlechtes auf Madagaskar. Die Menstruation setzt für gewöhnlich mit 11—12 Jahren ein und pflegt gegen die 40 aufzuhören. Die Regeln fließen nicht sonderlich stark; während der Periode findet kein sexueller Verkehr statt. Die Ehe hat auf Madagaskar, man kann wohl dreist sagen, den einzigen Zweck, Kinder in die Welt zu setzen, also für Familie zu sorgen. Tiefere, edlere Neigungen gehen den jungen Leuten zumeist ab. Der Ehe geht stets eine Art Probeehe voraus, ein freies Zusammenleben der jungen Leute für längere oder kürzere Zeit. Jungfräulichkeit und Keuschheit werden von den Madagassen nicht bewertet; ein jedes junge Mädchen kann sich mit jedem, der ihr gefällt, einlassen, nur wird ein Verkehr von Freien mit Sklaven gemißbilligt. Denn die geschlechtlichen Beziehungen stellen in den Augen der Madagassen einen natürlichen Akt dar, der keineswegs Tadel verdient. Die Eltern der jungen Mädchen begünstigen sogar die geschlechtlichen Beziehungen ihrer Tochter mit den jungen Männern. Daher sehen wir jene bereits vor Einsetzen der Pubertät, mit 10—11 Jahren, oft auch noch früher, sexuellen Verkehr ausüben. Kinder vor der Ehe sind auch keine Schande, im Gegenteil! wird ein Madagasse, der die Auswahl zwischen zwei Frauen hat, die ihn gleichgut gefallen, diejenige vorziehen, die die meisten Kinder besitzt. Bei solcher freien Auffassung von dem Geschlechtsleben darf es nicht wundernehmen, daß auch die geschlechtliche Prostitution gegenüber vornehmen Gastfreunden Sitte ist. — Nachdem ein Mädchen einige Zeit mit ihrem Auserwählten freien Verkehr getrieben und beide Teile die Überzeugung gewonnen haben, daß sie zueinander passen, hält der Bräutigam um seine Frau bei ihren Eltern an. Verf. schildert eingehend die umständlichen Förmlichkeiten, die bei dieser Werbung erforderlich sind, ebenso die Hochzeitszeremonien. — Es gibt auf Madagaskar auch vollgültige temporäre Ehen auf 1—3 Jahre; nach Ablauf dieser Zeit werden sie unter den gleichen Förmlichkeiten erneuert. Wird ein Kind inzwischen geboren, so gilt die Ehe für lebenslänglich. — Die weiteren Kapitel beschäftigen sich mit den Liebesneigungen, der Eifersucht und den ehelichen Beziehungen der Eheleute, sowie mit den perversen sexuellen Äußerungen. Vielfach begegnet man gleichgeschlechtlichen Neigungen — diese Leute heißen sekatsan und haben vollständig weibliche Manieren und Kleidung — und sodomitische Praktiken.

Buschan (Stettin).

Hodson, T. C.: Seasonal marriages. (Saisonheiraten.) Man, a monthly Rec. of anthropol. science Bd. **13**, Nr. 4, S. 53—54. 1913.

In Vorderindien ist die Sitte sehr verbreitet, Hochzeiten nur zu bestimmten Zeiten, manchmal in großen Intervallen zu veranstalten. Allgemein werden gewisse Monate und Tage bevorzugt. Die Dhodias in Bombay heiraten nur Donnerstags. Die Ahirs und Rabaris nehmen Hochzeiten nur alle Jahre an einem bestimmten Tage, die Motala Brahmanen sogar nur alle vier Jahre vor. Verschiedentlich aber begegnen wir der Gewohnheit, daß nur in bestimmten Jahren geheiratet werden darf. So lassen die Kadwa Kanbis 9, 10 und sogar 11 Jahre vergehen, ehe sie ein Heiratsjahr gestatten, die Bha-

vards erlauben nur noch größere Intervalle, nämlich 12—15 und selbst 24 Jahre, was von der astrologischen Berechnung abhängt, die günstig ausfallen muß. Sind die Schwierigkeiten zu große, dann behilft man sich mit einer Scheinhochzeit; das Mädchen wird mit einem Blumenstrauß vermählt und dieser dann fortgeworfen; dadurch wird es wieder frei und kann auf einfache Art nun heiraten usw. *Buschan* (Stettin).

● **Horst, Maurus: Die natürlichen Grundstämme der Menschheit. (Beitr. z. Rassenk. H. 12.)** Hildburghausen: Thüring. Verlags-Anst. 1913. 35 S. M. —.75.

Die vorliegende Abhandlung besteht aus drei Aufsätzen. In dem ersten Aufsatz über die natürliche Ableitung der Tertiär- und Urmenschen bekämpft der Verfasser diejenigen Autoren, welche die Menschwerdung bis ins Sekundärzeitalter zurückverlegen und beweist die Existenz des Tertiärmenschen. Der zweite Aufsatz: „Grundriß der neuen Menschenkunde" legt die vom Verf. aufgestellten drei natürlichen Grundstämme der Menschheit, nämlich den westlichen, schimpansiden, den vorderasiatischen groß-pavianiden (gorilliden) und den ostasiatischen orangiden Hauptstamm fest. Eine Tafel mit Abbildungen der Schädel von Anthropoiden, von Urmenschen, Altmenschen und Frühmenschen zeigt die Entwicklung dieser drei Grundstämme. Der dritte und letzte Aufsatz, „Die drei wahren Grundstämme der Menschheit" betitelt, sucht dieses eben erwähnte, auf den drei Großanthropoidentypen: Gorilla, Orang und Schimpanse beruhende, natürliche dreiteilige System noch weiter zu stützen. *Klein* (Straßburg i. E.).

● **Plate, Ludwig: Selektionsprinzip und Probleme der Artbildung. Ein Handbuch des Darwinismus. 4., sehr verm. Aufl.** Leipzig u. Berlin: Wilhelm Engelmann. 1913. XV, 650 S. M. 16.—.

Der Selektionstheorie Darwins ist in letzter Zeit mancher Gegner, selbst von berufener Seite, entstanden, so daß die abseits Stehenden leicht den Eindruck gewinnen können, als ob diese Lehre auf dem Aussterbeetat stünde. Demgegenüber versucht Verf. in dem vorliegenden Werke den Nachweis zu erbringen, daß Darwins Selektionstheorie keineswegs ein überwundener Standpunkt ist, sondern daß sie mit vollem Recht noch Anspruch auf Anerkennung verdient. Zu diesem Zwecke stellt er im ersten Kapitel die wichtigsten Einwände, im ganzen 11, die gegen die Berechtigung der Selektionstheorie erhoben worden sind, zusammen und übt an ihnen eine gewissenhafte Kritik. Im zweiten Kapitel beschäftigt er sich mit den Formen des Kampfes ums Dasein und der Auslese, im dritten mit den Hilfstheorien der Zuchtwahllehre, und zwar mit Darwins Theorie der geschlechtlichen Zuchtwahl und anderen Theorien zur Erklärung der sekundären Geschlechtsmerkmale, der Theorie Rouxs vom züchtenden Kampfe der Teile, der Panmixie und der Erklärung der rudimentären Organe, Weismanns Germinalselektion und de Vries' Mutationstheorie, und im vierten mit der Voraussetzung der natürlichen Zuchtwahl, nämlich Erblichkeit, Variabilität und Isolationsmittel. Hier nimmt er im besonderen zu der Frage Stellung, ob Veränderungen, die ein Organismus während seines Lebens durch die auf ihn einwirkenden Reize erlitten hat, unter Umständen auf die Nachkommen übergehen können, einer Frage, die wohl gegenwärtig eine so brennende wie kaum eine zweite sein dürfte. Er versteht unter solcher Vererbung erworbener Eigenschaften, daß ein neues Merkmal in der ersten Generation somatogen, in einer oder in mehreren späteren blastogenen Ursprunges ist, und will den Begriff nicht so eingeengt wissen, wie Weismann dies tut, daß er nur die Fälle mit nachweislich somatischer Induktion umfaßt. Er führt eine Reihe experimenteller Beobachtungen an, die zugunsten einer Vererbung erworbener Eigenschaften sprechen, gibt aber auf der andern Seite auch wieder zu, daß bisher nach Amputationen von Organen oder Organstücken niemals erbliche Folgen beobachtet worden sind, wie ihm auch erklärlich erscheint. Die Frage nach der Erblichkeit oder Nichterblichkeit psychischer Eindrücke erscheint zurzeit noch zu wenig geklärt. Ein fünftes Kapitel ist der Tragweite und den Grenzen der Darwinschen und Lamarckschen Faktoren gewidmet. In einem Schlußwort verwahrt sich Verf. gegen die Auf-

fassung, als ob er das Selektionsprinzip überschätze und einer „Allmacht der Naturzüchtung" das Wort reden wolle. *Buschan* (Stettin).

● **Osborne, W.: Die Gefahren der Kultur für die Rasse und Mittel zu deren Abwehr. Gemeinfaßlich dargestellt.** Würzburg: C. Kabitzsch 1913. 94 S. M. 1.20.

Diese Gefahren sind hauptsächlich der Alkoholismus, die Geschlechtskrankheiten, die Tuberkulose und die Nervenkrankheiten. Außerdem üben zwar keinen schädigenden Einfluß auf die Keime, bergen aber in anderer Weise Gefahr für die Rasse der Rückgang der Geburtenzahl, die Säuglingssterblichkeit und die Folgeerscheinungen der durch die Kultur geschaffenen Umwelt, insbesondere die Zunahme der Zivilisation und der Intelligenz. Es folgt dann Punkt für Punkt eine Besprechung der Abwehrmittel dieser Gefahr. *Klein* (Straßburg i. E.).

● **Tayler, J. Lionel: Die Natur des Weibes.** Stuttgart: Strecker u. Schröder 1913. XIII, 175 S.

Dieses von einem Arzte und Biologen für den Laien geschriebene und von Max Pannwitz aus dem Englischen übersetzte Buch enthält eine solche Fülle von Studien über das Weib und das Wesen des Weibes, über den offenbar tatsächlichen körperlichen und geistigen Unterschied zwischen Mann und Frau (ganz besonders wird der Mangel schöpferischer Kraft bei der Frau hervorgehoben), über die Frauenbewegung und Frauenemanzipation und ihre geschichtliche Entwicklung, über sexuelle Evolution, über die modernen Anschauungen der Stellung der Frau, über den Wirkungskreis der Frau und über biologische Forderungen für die Frauen usw., daß ein kurzes Referat desselben ein Ding der Unmöglichkeit ist. *Klein* (Straßburg i. E.).

Groszmann, Maximilian P. E.: Sane eugenics. (Gesunde Eugenik.) Pacific med. journal Bd. **66**, Nr. 11, S. 614—622. 1913.

Ohne Bedeutung.

Gaucher, E., et H. Gougerot: Les dangers de la syphilis pour la communauté et la question du contrôle. (Die Gefahren der Syphilis für das Gemeinwesen und die Frage der Kontrolle.) Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Bd. **20**, H. 11, S. 385—425. 1913.

I. Individuelle Erziehung der Jugend: Hinweis auf die Gefahren der Ansteckung. Warnung vor gemeinsamen Gebrauchsgegenständen; Forderung der Kunden von Friseuren, Konditoren usw. betreff Einhaltung von Asepsis; Warnung vor den Versuchungen der Straße. II. Erziehung der Familienvorstände im Sinne von I.; Eheschluß. III. Erziehung der früher infizierten Ehegatten: Überwachung von Mann, Mutter und Kind. Präventivbehandlung. Keine Amme. IV. Überwachung und Schutz der Amme. Untersuchung der Eltern. V. Untersuchung der Kindermädchen. VI. Obligatorische Sterilisation von Geräten in Restaurants usw. VII. Gesetz zur Reglementierung gefährlicher Industrien (Glasbläserei!), Untersuchung der Arbeiter. VIII. Sterilisation aller ärztlichen Instrumente. IX. Reformen in den Hospitälern: Zulassung venerisch Infizierter; Isolierung derselben; Unterdrückung der speziellen Hospitäler (außer den zum Unterricht nötigen); ambulatorische Behandlung; Verteilung von Medikamenten und Geldmitteln. X. Obligatorische Behandlung venerischer Kassenkranker. XI. Venerisches Spezialstudium aller Studierenden! Examen! XII. Unterdrückung der Kurpfuscherei. XIII. Regelung des Prostituiertenwesens. Unterdrückung aller öffentlichen Anlockung. Strafgesetz über Ansteckung mit Syphilis. XV. Unterstützung der privaten Bestrebungen zur Befreiung der majorennen Prostituierten. XVI. Vermeidung und Unterdrückung der Prostitution: Einführung der Recherchen nach dem Vater, Rechte der Ehefrau, der deflorierten Jungfrau, Strafen für das Verlassen einer Geliebten. XVII. Schutz des jungen Mädchen: Erziehung. Ateliers für Arbeitslose, Stellenvermittlung, Bahnhofsüberwachung. XVIII. Sittliche Erziehung: Stärkung des Familiengedankens, Achtung vor dem jungen Mädchen, schwere Bestrafung des Ehebruches, frühe Heirat. *Mohr* (Berlin).

Zentralblatt für die gesamte Gynaekologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete.

Band III, Heft 17. S. 721—797.

Autorenregister.

Zusammenstellung der in diesem Bande enthaltenen „Ergebnisse“ siehe 3. Seite des Inhaltsverzeichnisses.

Sachregister.

Pat

Ge

Woch
Pt

Pa

Foetu
Pl

P.

M

Heba

Kin
Neu
Ger
Soz

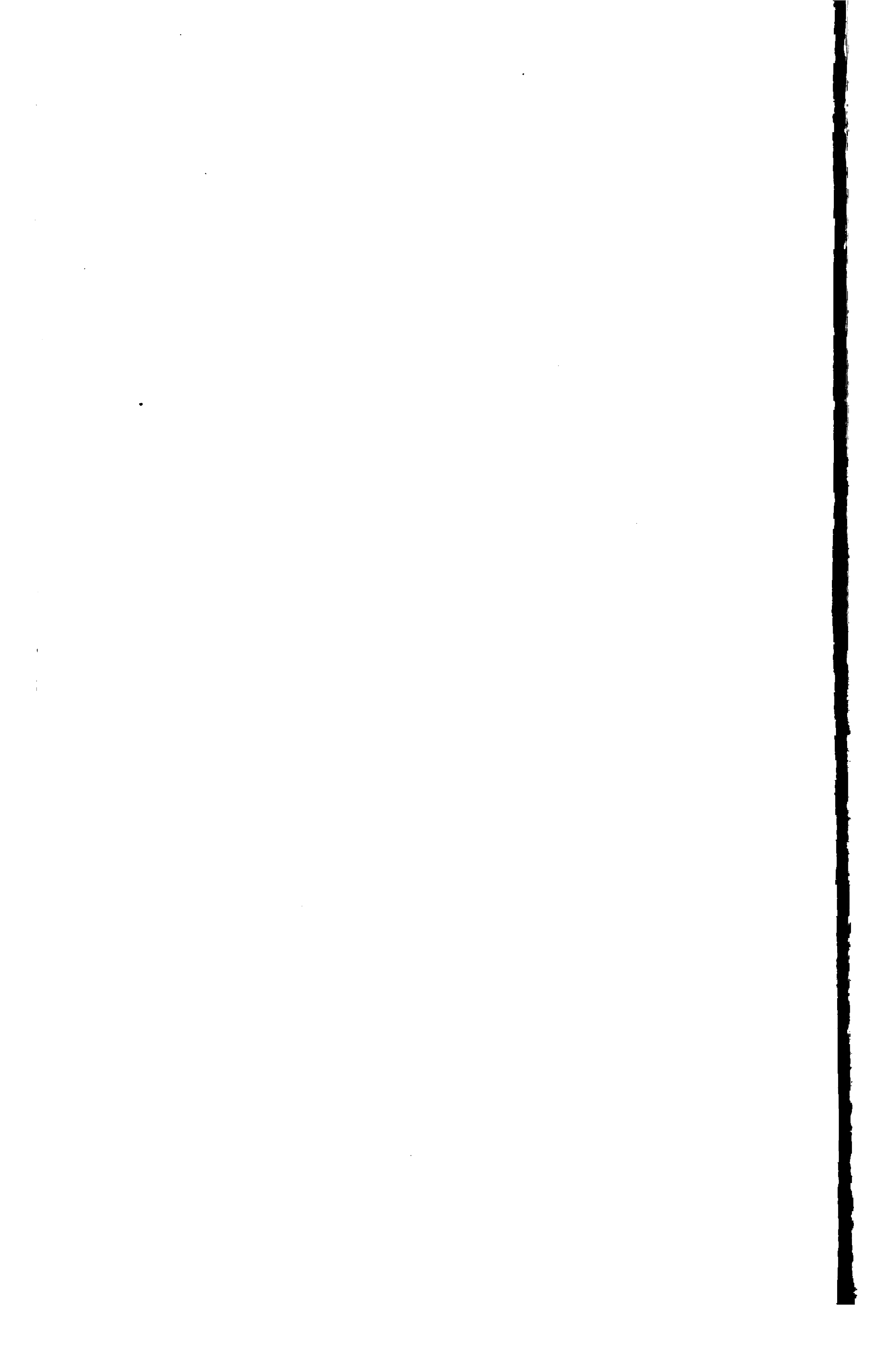
1.

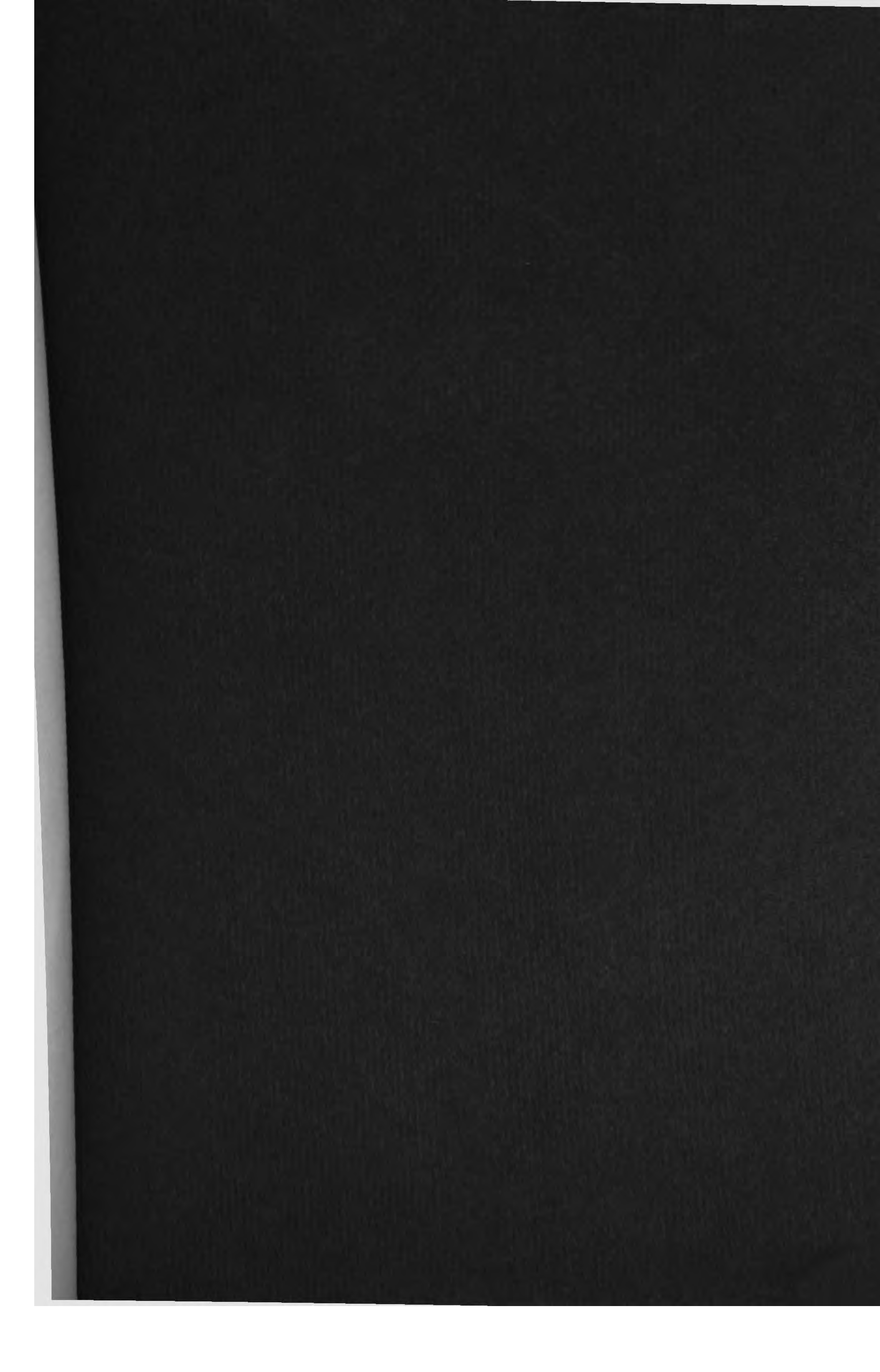
2.

3
4

Grenzgebiete.

Zusammenstellung der in Band 3 enthaltenen „Ergebnisse".





PAGE NOT AVAILABLE

